



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Sopeutumisopas alaraaja-amputoidulle potilaalle

Nesa, Aksirun
Piironen, Jaana

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Sopeutumisopas alaraaja-amputoidulle potilaalle

Nesa Aksirun
Piironen Jaana
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Elokuu, 2015

Nesa Aksirun, Piironen Jaana

Sopeutumisopas alaraaja- amputoidulle potilaalle
Vuosi 2015

Sivumäärä 39

Opinnäytetyön aiheena on alaraaja-amputaatiopotilaan sopeutumista helpottavan oppaan teko. Suomessa amputaatioita tehdään vuosittain noin 1500 ja näistä amputaatioista 90% on alaraaja-amputaatioita. Alaraaja-amputaation yleisimpinä syinä ovat diabeteksen aiheuttamat infektoituneet haavat sekä verenkiertohäiriöt. Myös tapaturmat ja kasvaimet aiheuttavat amputaatioita.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on alaraaja-amputaatio potilaan ohjauksen kehittäminen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa alaraaja-amputaatioon suunnattu opas Katriinan sairaalan 4B-osaston käyttöön. Henkilökunta voi käyttää opasta myös suullisen ohjauksen tukena. Aihe rajattiin reisi- ja sääriamputoitujen potilaiden hoitoon. Opinnäytetyön aihe tuli osaston pyynnöstä, heillä ei ollut kirjallista ohjetta alaraaja-amputoidun potilaan ohjaukseen. Katriinan sairaalan 4B-osasto on haava-osasto, jossa hoidetaan amputoituja potilaita.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsittelemme amputaatiotynğin hoitoa, proteesin hankintaprosessia, vertaistukea ja sopeutumista sekä amputoidun potilaan sosiaalisia etuuksia. Teoreettisen viitekehyksen lähteinä pyrittiin käyttämään ajantasaisia, ensisijaisia, luotettavia lähteitä ja asiantuntijoiden haastatteluja. Sopeutumisoppaan teoriatieto perustuu edellä mainittuihin asioihin ja opas on laadittu osaston toiveiden mukaisesti.

Asiasanat: amputaatio, alaraaja- amputaatio, kirjallinen potilasohje, proteesi ja sopeutuminen.

Nesa Aksirun, Piironen Jaana

Adaptation guide for amputees patient

Year	2015	Pages	39
------	------	-------	----

The aim of this thesis is to make an adaptation guide for lower limb amputee patients. Around 1500 amputations are performed in Finland each year and 90% of them are lower limb amputations. The most common reasons of amputations are infected wounds caused by diabetes and circulation disorders. Accidents and tumors can also lead to amputation.

This thesis is a functional thesis, the purpose of which is to develop lower limb amputees' guidance. The aim of this thesis was to produce a guide aimed at lower limb amputees for the use on Katriina Hospital wound care ward 4B. The staff can also use the guide to support verbal guidance. The subject was restricted to the treatment of thigh and leg amputees. The thesis was assigned by the ward due to the lack of a written guide for lower limb amputees.

The theoretical part of the thesis discusses amputation stump care, prosthetics purchasing process, peer support, adaptation and social benefits for amputees. The theoretical part relies on updated, reliable sources and expert interviews. The adaptation guide includes the above mentioned information and it is compiled according to the wishes of the ward.

Keywords: amputation, lower limb amputation, written patient guidelines, prosthetic and adaptation

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	6
3	Alaraaja-amputaatiot ja niihin johtavat syyt.....	6
4	Tyngän postoperatiivinen hoito.....	8
4.1	Haavan hoito	8
4.2	Tyngän sidonta ja tuppihoito	9
4.3	Asento ja liikehoito.....	10
4.4	Kivun ja aavesäryn hoito	12
5	Sopeutuminen amputaatioon	14
5.1	Proteesin hankintaprosessi	14
5.2	Sopeutuminen ja vertaistuki	16
5.3	Amputoidun sosiaalisiaetuuksia	18
6	Potilaan ohjaus.....	20
6.1	Kirjallinen materiaali potilasohjauksen tukena.....	20
6.2	Kirjallisen materiaalin laatuksiteerit	21
7	Opinnäytetyön toteutus.....	22
7.1	Toimintaympäristö	22
7.2	Oppaan suunnittelu ja toteutus	23
8	Pohdinta.....	24
8.1	Eettisyys ja luotettavuus	24
8.2	Arviointi	25
	Lähteet.....	28
	Liitteet	35

1 Johdanto

Suomessa amputaatioita tehdään noin 1500 vuodessa, josta 90 % on alaraajan amputaatioita. Amputaation yleiset syyt ovat diabeteksen aiheuttama infektoitunut haava ja verenkiertohäiriö. Muita syitä ovat tapaturmat, kasvaimet, infektiot, synnynnäiset epämuodostumat ja paleltuma- tai palovammat. Alaraaja-amputaation tarkoituksena on palauttaa henkilön terveydentila ja toimintakykyä niin hyvin kuin mahdollista poistamalla infektoitunutta aluetta, niin ettei jalan kuolio, infektio tai kasvain leviä terveeseen kudokseen. (Kruus-Niemelä 2004, 697). Yleensä amputaatioon pystytään valmistautumaan hyvin etukäteen, koska amputaatioon johtavat sairaudet kehittyvät hitaasti. Näin potilaalle pystytään antamaan etukäteen tietoa toimenpiteestä, kannustaa potilasta omahoitoon, lisätä motivaatiota sekä mahdollisuuksien mukaan kohentaa potilaan yleiskuntoa. (Kruus-Niemelä 2004, 697.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa sopeutumisvalmennus materiaalia alaraaja-amputoitavalle potilaalle. Alaraaja-amputaatio on laaja aihealue ja tässä opinnäytetyössä aihetta on rajattu sääri- ja reisiamputoidun potilaan hoitamiseen. Opinnäytetyön aihe tuli Katriinan sairaalan osasto 4B:lta. Tässä opinnäytetyössä kuvaamme alaraaja-amputaation syitä, alaraaja- amputoidun kuntoutusprosessia, postoperatiivista hoitoa, proteesin hankinnan vaiheita ja amputoiduille suunnattua vertaistukea ja sosiaalietuuksia.

Opinnäytetyön viitekehyksen aineiston haussa on käytetty eri tietokantoja sekä kirjallisuutta, hoitotyön liittyviä lehtiartikkeleita ja eri tahojen verkkosivustoja. Käytetyt avainsanat olivat amputaatio, alaraaja- amputaatio, kirjallinen potilasohje, proteesi ja sopeutuminen.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli alaraaja-amputaatio potilaan ohjauksen kehittäminen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa alaraaja-amputaatioon suunnattu opas Katriinan sairaalan osasto 4B:n käyttöön. Osastonhoitaja on tuonut esille oppaan tarpeellisuuden, koska heillä ei ole tällä hetkellä käytössä tiivistä ohjausmateriaalia. Oppaan on tarkoitus toimia myös hoito-henkilökunnan tukena potilaan ohjauksessa.

3 Alaraaja-amputaatiot ja niihin johtavat syyt

Suomessa amputaatioita tehdään vuodessa noin 1500 ja tästä luvusta 90% on alaraajan amputaatioita. Pääasiassa amputaatioita tehdään diabeteksen aiheuttamien infektoituneiden haavojen ja verenkiertohäiriöiden vuoksi. Muita syitä miksi amputaatioita tehdään on tapaturmat, kasvaimet, infektiot, synnynnäiset epämuodostumat ja paleltuma- tai palovammat. (Kruus-Niemelä 2004, 697.)

Alaraaja- amputaation tavoitteena on estää jalan kuolion, infektion tai kasvaimen leviäminen terveeseen kudokseen sekä palauttaa henkilön terveydentila ja toimintakyky niin hyviksi kuin on mahdollista. Yleensä amputaatioon pystytään valmistautumaan hyvin etukäteen, koska amputaatioon johtavat sairaudet kehittyvät hitaasti. Näin potilaalle pystytään antamaan etukäteen tietoa toimenpiteestä, kannustaa potilasta omahoitoon, lisätä motivaatiota sekä mahdollisuuksien mukaan kohentaa potilaan yleiskuntoa. (Kruus-Niemelä 2004, 697.)

Diabetes altistaa alaraaja-amputaatioille ja diabeetikoille tehdään puolet Suomessa tehdyistä alaraaja-amputaatioista (Käypä hoitosuositus 2009). Diabeetikkojen jalkaongelmat johtuvat siitä, että heidän jalkojen verenkierto on heikentynyt. Heillä voi olla jaloissa tuntopuutoksia sekä huonon sokeritasapainon vuoksi diabeetikon tulehdusherkkyyys voi olla lisääntynyt. Näiden altistavien tekijöiden myötä erilaiset ulkoiset syyt voivat aiheuttaa jalkoihin haavaumia, tulehduksia sekä kuolioita. Tällaisia ulkoisia syitä ovat mekaaniset syyt, lämpötilatekijät ja kemialliset syyt. (Rönnemaa 2015, 224.)

Alaraajojen tukkivassa valtimotaudissa jalkoihin johtavat valtimot ahtautuvat ja verenkierto heikkenee ja valtimoihin kehittyy tukoksia. Tukosten vuoksi alaraajoihin voi syntyä pysyvää hapenpuutetta. Taudissa rasva kertyy valtimoiden sisäkalvon alle ja sen seinämä paksuuntuu ja kovettuu ajan kuluessa. Valtimon sisäpinta voi repeytyä ja verihutaleet tarttuvat repeämä alueelle, joka aiheuttaa valtimotulpan. Pahimmillaan valtimoiden tukkeutuessa ja aiheuttaessa alaraajoihin iskemiaa, voi se johtaa hoitamattomana potilaan alaraajan amputointiin. (Riikola, Lepänaho & Vanermo, 2010.)

Alaraajan tukkiva valtimotauti etenee kriittiseksi iskemiaksi katkokävelypotilaista 2-5 prosentilla. Hoitamattomana heistä 25-50 prosentille eli vuosittain noin 1 200 suomalaiselle joudutaan tekemään amputaatio. Kriittistä iskemiaa sairastavista potilaista puolet on diabeetikoita. (Riikola yms. 2010.) Kriittisessä iskemiassa on kyse siitä, että verenkierto heikkenee niin paljon, että kudosten hapensaanti käy riittämättömäksi lepo tilanteessa. Kriittinen iskemia voi aiheuttaa raajaan nopeasti kuolion, joka on uhka potilaan hengelle ja voi johtaa raajan menetykseen. (Luther 2004, 636.)

Tänä päivänä amputaatiot ovat lisääntyneet 2006-vuodesta lähtien. Suomessa vuonna 2007 tehtiin 851 isoa amputaatiota ja 2010 tehtiin jo 1075 amputaatiota. Näihin lukuihin on laskettu kaikki lonkka-, reisi-, polvi-, sääri- ja nilkka-amputaatiot. Amputaatioiden lisääntymiseen vaikuttaa diabeetikkojen määrän kasvu. Ylilääkäri Tuija S. Ikonen kertoo artikkelissa, että lisääntyneiden amputaatio määrrien taustalla voi olla sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ja perusterveydenhuollon heikentyminen. (Helsingin Sanomat, 2012.)

4 Tyngän postoperatiivinen hoito

4.1 Haavan hoito

Alaraaja-amputaatioleikkauksesta kuntoutuvan hoito- ja kuntoutus voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: leikkausta edeltävään, leikkauksen jälkeiseen sekä proteesin käytön harjoittelun vaiheeseen. Ennen leikkausta potilaan terveydentila kohennetaan sellaiseksi, että potilas on fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti leikkaukelpoinen. Ennen leikkausta lääkäri ja muu henkilökunta selvittää huolellisesti potilaalle leikkauksen ja toimenpiteen vaiheet. Potilaan tulee olla tietoinen tulevasta toimenpiteestä ja allekirjoittaa suostumuskäytös raajan-amputoinnista. (Malm, Matero, Repo & Talvela 2012, 277.)

Välittömään leikkauksen jälkeiseen vaiheeseen keskeisenä asiana kuuluu tyngän haavanhoito. Aluksi haava voi vuotaa runsaasti verta ja haavan alue on arka ja kipeä. Kipua hoidetaan kipulääkkeellä, lääkärin ohjeiden mukaan. Haavalle laitetaan haavaeritettä imevä sidos. Kun kivut ja haavan erittäminen loppuvat aloitetaan tyngän sidonta. (Malm ym. 2012, 277.)

Yleensä amputoitu tynkä suljetaan ompelein. Ompeleita pidetään tyngässä 2-3 viikkoa erillisen ohjeen mukaisesti. Amputaatio haavan saa suihkuttaa varovasti aikaisintaan 48 tunnin kuluttua toimenpiteestä, joskaan silloinkaan sitä ei saa suoraan suihkuttaa, saippuoida tai hangata. Turvotuksen vähentäminen edesauttaa tyngän paranemista, jonka vuoksi tyngän sidonta aloitetaan heti leikkauksen jälkeen. Joskus tynkä jätetään kokonaan auki, jos siinä on vaikea tulehdustila ja se suljetaan myöhemmin. Tyngän ompeleet voidaan poistaa myös sen vuoksi, jos haavan reunan vitaliteetti on uhattuna. (Hietanen 2012, 229.) Tynkähaavan paranemisongelmat ovat suhteellisen tavallisia ja jos haavaongelmat pitkittyvät voidaan haavaan tarvittaessa tehdä haavan puhdistusleikkaus tai miettiä raajan uudelleen typistämistä tai korkeampaa amputaatiota. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2014.)

Amputaatiotyngän tarkkailussa tulee huomioida tyngän väri, lämpötila ja turvotus sekä haavaeritteen määrä, laatu ja haju. Tyngän tarkkailussa tulee huomioida myös kipu, mahdolliset hematoomat ja infektion merkit. Tyngän haava tulee tarkistaa päivittäin ja haavasidos tulee vaihtaa säännöllisesti haavaerityksen mukaan. Haavasidoksen valintaan vaikuttaa haavaerityksen määrä. (Liupakka, 2014). Infektoituneen haavan merkkejä ovat haavan ympäristön kuumotus ja punoitus. Turvotuksen lisääntyminen haava-alueella sekä märkäinen eritys voivat olla infektion merkkejä sekä potilaalle nouseva kuume. (Amputee Coalition of America 2009.)

Potilaan psyykkiset, fyysiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat haavan paranemiseen joko heikentävästi tai parantavasti. Fyysisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa potilaan terveydentila sekä ravitsemustila. Psyykkisillä tekijöillä on vaikutusta potilaan mielialaan, hoitoon sitoutu-

miseen ja tahtoon parantua. Potilaan sosiaaliset suhteet ja uskomukset hoidosta saattavat myös osaltaan heikentää tai parantaa hoidon onnistumista. Haavan paranemiseen vaikuttaviin tekijöihin liittyy sairauksia, kuten diabetes ja perifeerinen neuropatia. Lisäksi haavan paranemiselle edellytyksenä on riittävä energinen ravinteikas ruokavalio. (Lagus 2012, 39.)

Tupakointi vaikeuttaa haavan paranemista. Häkäkaasu vaurioittaa pysyvästi verisuontenseinämiä ja estää osaltaan hapen sitoutumista veren punasoluihin. Nikotiinin vaikutuksesta verisuonet supistuvat ja aiheuttavat verihyytymien muodostumisen riskiä sekä edistävät verisuonten kalkkeutumista. Tupakan myrkyt lamaavat haavan paranemiselle tärkeiden entsyymien toimintaa ja on arvioitu, että tupakoitsijoiden leikkaushaavat infektoituvat noin viisi kertaa useammin kuin ei-tupakoitsevien. (Tuuliranta 2007, 24). Tupakan sisältämät nikotiini, häkä ja vetysyanidi ovat haitallisimmat aineet haavan paranemiselle. Tupakointi heikentää verenkiertoa haava-alueella, mikä hidastaa haavan paranemista sekä lisää infektioriskiä. Tupakoivien tulisi olla 6-8 viikkoa ennen leikkausta tupakoimatta, jotta kudosten happipitoisuus olisi haavan paranemiselle ennen leikkausta optimaalinen. (Koljonen, Patja & Tukiainen 2006, 3203-3207.)

4.2 Tyngän sidonta ja tuppihoito

Heti toimenpiteen jälkeen tynkää pidetään hieman koholla ja se sidotaan harsositeellä. Sillä ei pyritä vähentämään turvotusta, vaan estämään turvotuksen lisääntyminen. (Määttänen 2012, 40.) Ensimmäisinä leikkauksen jälkeisinä päivinä tynkä ei saa olla ilman sidoksia muutamaa minuuttia pidempää, jotta turvotus pysyy poissa, eikä haavan paraneminen esty (Hietanen 2012, 229). Sidonnan tiukkuutta lisätään asteittain. Mikäli sidos löystyy, sidotaan se tarvittaessa uudestaan useitakin kertoja vuorokaudessa. (Määttänen & Pohjolainen 2009, 344-345.)

Tyngän muotouttaminen voidaan aloittaa, kun kivut ovat hallinnassa ja leikkaushaava ei eritä huomattavasti. Infektoitunut haava ja tyngän alueen plastiikkakirurgia ovat esteitä muotouttamiselle. Muotouttaminen on tehtävä erityisen varovasti, jos alueella on tuntopuutoksia. Haavaompeleet eivät estä muotouttamisen aloittamista. Jos haavan sulkemisessa on käytetty metallihakasia, on muotouttamisen aloittamisesta keskusteltava hoitavan lääkärin kanssa. (Määttänen 2012, 40.) Muotouttavalla sidonnalla valmistellaan raajaa proteesin käyttöä varten sopeuttamalla kudoksia kestämaan painetta sekä muotoillaan ja kiinteytetään tynkää (Määttänen ym. 2009, 344-345). Sidonnalla pyritään saamaan paine, joka on voimakkaampi tyngän kärkiosassa ja vähenee tyviosaa kohden. Sidoksesta pyritään saamaan mahdollisimman tasainen. (Määttänen 2012, 40.)

Tynkä sidotaan leveällä vähä- tai keskielastisella tukisidoksella ja tukisidoksen alle laitetaan pehmustesidos suojaamaan ihoa. Putkisidoksella voidaan estää sidoksen rullautumista vaatteiden alla sekä auttaa tynkäsidoson paikallaan pysymistä. (Hietanen 2012, 229.) Sidonta aloitetaan niin, että sidosta kierretään tyngän päässä kahdesti. Tästä sidosta jatketaan kahdesti kireänä tyngän kärjessä. Sidosta jatketaan ylöspäin kiristystä vähentäen. (Kunnamo, Alenius, Hermanson, Jousimaa, Teikar & Varonen 2006, 728.)

Elastista tynkäsukkaa tai silikonituppea voidaan käyttää sitomisen asemasta tai sen kanssa. Tyngän muotoilevaa hoitoa kannattaa jatkaa säännöllisesti proteesin valmistumiseen saakka ja sen jälkeenkin tarvittaessa turvotuksen hoitona. (Määttä ym. 2009, 344-345.) Amputoidun raajan tuppihoito on koettu edulliseksi ja tehokkaaksi hoidoksi. Tuppihoidolla haavakomplikaatiot ovat vähentyneet. Hoitotuppi suojaa haavaa venytykseltä ja mekaanisilta ruuveilta paremmin kuin sitominen. Amputaatiotynkä muotoutuu nopeammin proteesiin sopivaksi tupen ansiosta. Tästä on myös se etu, että se vähentää ylimääräisiä seurantakäyntejä ja nopeuttaa potilaiden kuntoutusta. Hoitotupen tarkoituksena on myös vähentää tyngän turvotusta ja estää arven liikakasvua. Tuppi vähentää kipua tasaisen paineen ansiosta ja totuttaa tynkää paineeseen, joka kasvaa edelleen proteesikävelyn yhteydessä. (Piitulainen & Ylinen 2010, 500.) Säärityngän silikonituppihoito voidaan aloittaa, kun ompeleet on poistettu haavalta, ja haava on siisti. Käytännössä se voidaan aloittaa 2-3 viikon päästä amputaatioleikkauksesta. (Juutilainen 2012, 180.)

Silikonituppihoitoa ei voida käyttää, jos haava vuotaa tai haava on infektoitunut. Kudoserite haavan pohjassa ei estä tupen käyttöä. Tyngän ihoa tulee seurata päivittäin ja jos haavan paranemisessa on komplikaatioita, voidaan tuppihoidon aloittamista siirtää lääkärin arvion perusteella. Lyhyt tynkä tai luinen tynkä estää hoitotupen käytön. Hoitotuppi ei sovi voimakkaasti päästään kapenevan suippomallisen tyngän hoitoon. (Piitulainen ym. 2010, 500.) Silikonitupen käyttöön totutellaan aluksi lyhyissä jaksoissa: 30-60 minuutin jaksot kaksi kertaa vuorokaudessa. Aikaa aletaan lisäämään pikkuhiljaa niin, että maksimiaika on neljä tuntia kahdesti vuorokaudessa. Käyttöproteesin kanssa käytetään tähän tarkoitukseen suunniteltua kestävämpää silikonin tai polyuretaanituppea. (Piitulainen ym. 2010, 501.)

4.3 Asento ja liikehoito

Amputaation jälkeinen asentohoito ehkäisee nivelten liikerajoitusten ja makuuhaavojen syntymistä (Duodecim 2014). Asentohoidon tavoitteena on myös ehkäistä tynkään syntyviä virheasentoja. Raajan virheasennot heikentävät amputoidun raajan toimintakykyä ja vaikeuttavat proteesinkäyttöä ja valmistusta. Potilaan ohjaaminen ja hyvän asentohoidon toteuttamisen valvonta on tärkeää, jotta välttyttäisiin virheasunnoilta. (Respecta 2015.) Amputaatioleikkauksen jälkeen on tarkoituksena aloittaa heti ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä

potilaan kuntoutuminen ja uuteen tilanteeseen sopeutuminen. Potilas avustetaan ja ohjataan vuoteestaan ylös aluksi kahden avustajan toimesta. Potilas tutustuu liikkumisen apuvälineisiin ja niiden käyttöön, erityisesti pyörätuolilla liikkumiseen. (Malm ym. 2012, 277.)

Tyngän turvotusta voidaan välttää sillä, että vartaloa ei pidetä pitkään kohoasennossa. Tyynyä ei saisi laittaa tyngän alle tai reisien väliin, jotta välttyttäisiin lonkan virheasennolta. Selällään ollessa lonkka ja polvinivelä pidetään suorina ja keskiasennossa. Potilaan ollessa kylkimakuulla terve jalka on koukussa alustalla ja samalla laitetaan tyyny tyngän alle tukemaan tyngän puoleinen lonkka ja polvinivel. Potilaan ollessa vatsamakuulla molemmat raajat asetellaan vierekkäin, lonkat alustalla ja polvet suorina. Lonkkien koukistumisen ehkäisemiseksi, potilaan olisi hyvä maata vatsallaan 10-20 minuuttia kaksi kertaa vuorokaudessa. Istuessa säärriamputaatiopotilaalla pidetään istuimen reunan yli menevää ojennuslautaa, jonka tarkoituksena on estää polvinivelen taipuminen koukkuun. Makuulla ja istuessa, polvi ei saa olla koukistuneena. (Liupakka 2013, 459-461.)

Amputoidun fysioterapia ja liikehoidot aloitetaan toiminta- tai fysioterapeutin ohjauksessa. Liikeharjoitusten ja asentohoidon tarkoituksena on säilyttää jäljelle jääneiden nivelten liikkuvuus mahdollisimman normaalina sekä estää lihasvoiman katoaminen. Venytyksiä ja aktiivisia liikeratoja ylläpitäviä harjoituksia on tehtävä säännöllisesti. Amputaation jälkeen lihasvoimaharjoittelu aloitetaan niin pian kuin mahdollista, yleensä 3-7 vuorokauden kuluttua amputaatiosta. Fysioterapeutti laatii jokaiselle amputoidulle potilaalle oman yksilöllisen harjoitusohjelman. (Määttä ym. 2009, 345.)

Potilaan varhainen liikkeellelähtö leikkauksen jälkeen vähentää laskimotukosalttiutta (Käypähoito-suositus 2010). Laskimotukoksella tarkoitetaan verihyytymän muodostumista laskimoon. Se voi esiintyä kaikkien leikkausten jälkeen joko pinnallisissa tai syvissä laskimoissa. (Kettunen 2014.) Syvän laskimotukoksen riski on suurin isoissa leikkauksissa kuten ortopedisissä proteesileikkauksissa. Jos potilaalla on perinnöllinen tukosalttius ja hän tupakoi, on hänellä 2-3 kertainen riski saada laskimotukos leikkauksen yhteydessä. Laskimotukoksen riskiä lisäävät vuodelepo, ylipaino, laskimovammat sekä laskimoihin kohdistuvat leikkaukset. Laskimotukos voi ilmaantua potilaalle heti leikkauksen jälkeen tai usean viikon kuluttua leikkauksesta. Laskimotukos tulisi diagnosoida mahdollisimman pian, jotta voidaan ehkäistä komplikaatioita, kuten keuhkoveritulppa. Syvän laskimotukoksen oireita ovat alaraajan tai pohkeen kävelykipu ja turvotus, punoitus, leposärky, kuumotus ja kuume tai painoarkuus. Se myös saattaa olla pitkään oireeton. (Käypä hoito-suositus 2010.)

Potilaalle voidaan aloittaa hoito laskimotukoksien estämiseksi jo ennen leikkausta. Laskimotukoksen ehkäisyssä käytetään lääkkeellistä profylaksiaa eli ihon alle pistettävää pienimolekyylistä hepariinia, mekaanista pumppuhoitoa, lääkinnällistä hoitosukkaa tai näiden yhdistel-

mää. (Käypä hoito-suositus 2010.) Ihon alle pistettävä pienimolekyylinen hepariinilla toteutettu profylaksia voidaan aloittaa potilaalle ennen leikkausta ja jatkaa sitä leikkauksen jälkeen, jos vuoto-ongelmia leikkaus alueella ei ole. Pistoshoito jatketaan altistavien tekijöiden mukaan koko sairaalassa olon ajan ja joillakin potilailla vielä kotona lääkärin erillisen ohjeistuksen mukaan. (Käypä hoito-suositus 2010.)

4.4 Kivun ja aavesäryn hoito

Tehokkaan ja hyvän kivunhoidon perustana on kivun mittaaminen ja arvioiminen. Kiputilojen mittaamiseen on tänä päivänä erilaisia mittareita ja arviointimenetelmiä. Kivun mittareita on numeraalisia asteikkoja ja sanallisia asteikkoja, joiden avulla voidaan arvioida kivun voimakkuutta ja kivun hoidon tehokkuutta. Kivun voimakkuutta ja kivun sijaintia tulisi seurata niin potilaan ollessa levossa, kuin potilaan liikkeessä sekä hoidon vastetta arvioidessa. Potilaan kokeman leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa voidaan pitää tehokkaana, kun potilas arvioi kivun voimakkuudeksi alle kolme kymmenestä. (Pöyhiä 2014, 144.)

Postoperatiivisen akuutin kivun hoitoon on monia keinoja. Lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty hoitomenetelmä kivunhoitoon. Kipulääkkeiden ja puudutteiden kajoavat annostelutekniikat mahdollistavat vaikeiden kiputilojen, kuten leikkauksen jälkeisen kivunhoidon. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 107.) Suomessa yleisimmin käytetään vaativan kirurgisen kivun postoperatiiviseen hoitoon opioideista oksikodonia. Vuodeosastoa varten leikkauksen jälkeen opioidin määrät tarkistetaan ja ne määrätään tablettimuotoisina tai injektioina. Parasetamolia tai tulehduskipulääkettä pyritään määräämään kaikille potilaille, jos vasta-aiheita ei ole. (Pöyhiä 2014, 149.)

Vaikean leikkauskivun jälkeiseen kivun hoitoon on erityistekniikoita. Suuren leikkauksen jälkeen infusoitavat tekniikat ovat tuoneet hyviä tuloksia kivunhoitoon. Käytetyimpiä näistä tekniikoista ovat potilaan itse säätelmä analgesia (PCA- Patient-controlled analgesia) ja epiduraalisesti toteutettu analgesia. PCA:ssa potilas annostelee itse säätöpainikkeen avulla laskimonsisäisesti opioideja, anestesiaalääkärin ohjelmoimien kerta-annosten ja enimmäismäärien rajoissa. Epiduraalisessa kivunhoidossa infusoidaan epiduraalitilaan puudutteita, opioideista yleensä fentanylä ja tarvittaessa adrenaliinia tai klonidiinia. Lääkeaine infusoidaan sille alueelle epiduraalitilaan, jonka spinaalihermot hermottavat leikkausaluetta. Leikkaustekniikalla on myös merkitys siihen, millainen on potilaan tarvitsema kivunhoito. Leikkauskivun hoitoon on edellä mainittujen tekniikoiden lisäksi puudutehoitoja. Monimuotoinen kivunhoito käsitteenä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi parasetamoli yhdistetään opioideihin tai infuusiotekniikoihin. (Pöyhiä 2014, 149-151.)

Raaja-amputoidun kivun hoidon erityiskysymyksenä on, että amputoinnin jälkeen esiintyy lähes kaikilla amputoiduilla raajan kohdalla aavetuntemuksia eli tuntemuksia siitä, että raaja on edelleen paikallaan. Aavesäryssä kipu esiintyy amputoidun raajan alueella. (Desmond, Gallagher, Henderson-Slater & Chatfield 2008, 247.) Aavesärky on yleisempää niillä potilailla, joilla on ollut raajassa hermovaurio tai kipu ongelmia jo ennen amputointia (Juutilainen 2012, 180). Menetetyn raajan asento voidaan tuntea ja sitä voi myös kutittaa. Noin 50-80% amputoiduilla potilailla esiintyy aavesärkyä. (Vainio 2004, 54.)

Aavesärky tuntuu yleensä menetetyn raajan ääreisosissa. Monet kuvaavat ala-raajan aavesärkyä sillä, että jalka olisi vääntynyt kivuliaasti tai koukistunut. Kipu voi olla kouristavaa, mursertavaa, puristavaa, särkevää tai polttavaa. Kipuun voi liittyä myös sähkömäisiä tuntemuksia. Voimakkuudeltaan kipu voi olla vaihtelevaa: vain lievästi häiritsevää kivusta kipuun, joka pilaa potilaan elämän. Kipua pahentaa muut sairaudet, potilaan stressi ja tyngän huono kunto. (Vainio 2004, 54.)

Aavesäryn hoitoon on kokeiltu monia eri hoitomuotoja. Lääkehoidoista käytetyimpiä ovat trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsia lääkkeit. TNS-hoitoa voidaan käyttää myös aavesäryn hoitoon. (Vainio 2009.) TNS-hoito on fysioterapeuttien käyttämä keino kivunhoidossa (Duodecim 2015, 7). TNS (transkutaaninen hermostimulaatio) on iholle annettavaa stimulaatiohoitomuoto. (Salanterä ym. 2006, 107). Jotkut potilaat ovat saaneet avun aavesärkyyn selkäytimen sähköärsytyshoidosta (Vainio 2004, 54). Aavesäryn ehkäisystä ennen amputaatiota annettavalla lääkityksellä (pre-emptiivinen analgesia) on tutkimusten tuloksena tuottanut ristiriitaisia tuloksia. Sen vuoksi esimerkiksi aavesäryn ehkäisyyn epiduraalianalgesian käyttöä preoperatiivisesti ei suositella kaikille potilaille, joille tehdään amputaatio. (Hamunen & Kalso 2009, 292.) Kuitenkin tulee muistaa, että joillekin potilaille pre-emptiivisesta analgesiasta voi olla hyötyä. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi amputaatiota odottavat iskeemisestä alaraaja kivusta kärsivät potilaat. (Stolt 2003, 9.)

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät tulee muistaa lisänä lääkkeellisen kivunhoidon tukena. Potilaan kivun tunteeseen vaikuttavat potilaan asento, ympäristön lämpötila ja tilan rauhallisuus. Potilashuoneista ja tutkimushuoneista tulisi karsia ylimääräinen hälinä. Hoitajien rauhalliset ja varmat otteet vähentävät potilaan kipua ja ahdistuneisuutta. Potilaan oma turvaverkosto, omaiset ja läheiset voivat helpottaa potilaan kivun tuntemusta olemalla läsnä tilanteessa. Tarvittaessa voidaan ottaa yhteyttä sairaalapastoriin, psykologiin tai psykiatriin helpottamaan potilaan niin henkistä kuin fyysistä kipua. (Aranko 2011, 35.)

Yksi hyvä lääkkeetön kivunhoitomenetelmä on rentoutuminen. Se auttaa potilasta hallitsemaan kipuaan ja sen avulla potilas voi viedä ajatuksiaan pois kivusta. Rentoutuminen myös vähentää ahdistuneisuutta, lihasjännitystä ja parantaa unenlaatua. On tutkittu, että rentou-

tusmenetelmä auttaa potilasta hallitsemaan kipua paremmin. (Salanterä, Heikkinen, Kauppi, Murtola, & Siltanen 2013.) Rentoutusmenetelmiä ovat muun muassa musiikin kuuntelu, kirjan lukeminen sekä television katseleminen (PKSSK 2015).

Alarannan Pro Gradu tutkielmassa kerrotaan musiikin käytöstä leikkauksen jälkeisen kivunhoidossa. Musiikki on yksi rentoutusmenetelmistä. Musiikki lievittää potilaan ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja sekavuutta leikkauksen jälkeen. Näin se vähentää potilaan koetun kivun voimakuutta ja kipulääkityksen tarvetta. Musiikin kuuntelun avulla potilaan rentoutuivat ja unen laatu parani rentoutuessa stressaavissa olosuhteissa ja kivuissa. Lääkkeellistä kivunhoitoa ei voida korvata musiikilla. (Alaranta 2014, 36-39.)

Joanna Briggs Instituutin hoitosuosituksen mukaan mielimusiikki vie ajatukset muualle. Tutkimuksessa ilmenee, että musiikin kuuntelu vähentää ahdistuneisuutta ja musiikilla on kipua vähentävä vaikutus. Siinä myös ilmenee, että musiikkia kuuntelevilla potilailla on 70% todennäköisyys siihen, että heidän kipulääkityksen tarve on puolet vähemmän verrattuna potilaisiin, jotka eivät kuunnelleet musiikkia kivunlievitysmenetelmänä. (Joanna Briggs Institute 2009.) Kivunhoidossa on otettava kaikki erilaiset, sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät käyttöön. Siten voidaan parantaa kivunhoidon tehokkuutta ja turvallisuutta. (Alaranta 2014. 40.)

5 Sopeutuminen amputaatioon

5.1 Proteesin hankintaprosessi

Proteesin hankinnalle edellyttäviä tekijöitä ovat riittävä yleiskunto ja motivaatio. Lisäksi ennen proteesin hankintaa tulisi miettiä, onko proteesista potilaalle hyötyä ja voidaanko sen avulla parantaa potilaan elämänlaatua. (Määttänen ym. 2009, 345-346.) Kaikki amputoidut eivät hyödy proteesista. Mutta tulisi kuitenkin muistaa, että proteesilla elämänlaatu ja toimintakyky paranevat. (Pohjolainen & Alaranta 2000, 689-691). Proteesinhankinta päätös tehdään moniammatillisesti, johon kuuluu amputoidun lisäksi lääkäri, fysioterapeutti ja apuvälineteknikko (Soleus Proteor 2015).

Proteesin käytön harjoitteluvaiheessa keskeisenä asiana on kuntoutujan lihaskunnan ylläpito ja seisomaharjoitukset sekä pyörätuolilla liikkumisen harjoittelu. Seisomaharjoituksissa potilas harjoittelee seisomista ilmalastaproteesin ja myöhemmin harjoitusproteesin avustuksella. Seisomista kuntoutuja harjoittelee alkuvaiheessa nojapuissa. Seuraavaksi potilas alkaa harjoitella kyynärsauvojen avustuksella kävelemistä. Lopuksi kävely harjoituksia tehdään ilman sauvoja ensiproteesilla. Ensiproteesin tehtävänä on myös auttaa tyngän muotoutumisessa sekä supistumisessa. Sopeutumiseen ja selviytymiseen alaraaja-amputaatio leikkauksesta vaikuttavaa kuntoutuvan ikä, toimintakyky, voimavarat, elämäntilanne sekä perhe. Potilaan on hyvä

tietää että raaja-amputaatio ja proteesi eivät estä täysipainoista elämää. (Malm ym. 2012, 278.)

Ennen proteesin hankintaa, voidaan kävelyä harjoitella ilmalastaproteesin avulla. Ilmalastaproteesin tarkoituksena on totuttaa tynkää kuormitukseen ja valmistaa tynkää proteesikävelyyn. Ilmalastaproteesi kävelyä harjoitellaan lääkärin ohjeiden mukaan fysioterapeutin ohjaamana. (Liupakka 2013, 461-462.) Jo muutaman viikon päästä amputaatiosta potilaalle päästään tekemään ensimmäinen proteesi. Yleensä se hankitaan 3-8 viikon päästä amputaatiosta. (Määttänen ym. 2009, 345-346.) Tähän mennessä leikkaushaavat ovat lähes parantuneet, vaikka tynгän mitat vielä muuttuvatkin. Tynгän koon muutokset eivät haittaa ensiproteesin hankintaa, koska proteesin muokkaaminen on tänä päivänä nopeaa ja helppoa. Käyttöominaisuuksiltaan ensiproteesi vastaa varsinaista proteesia. Sen etuna on, että potilas pääsee mahdollisimman pian amputaatiosta jalkeille sekä harjoittelemaan kävelyä ja tynгän kuormituksen harjoitteluun. (Kruus-Niemelä 2004, 701.)

Kun tynгän mitat vakiintuvat, päästään potilaalle valmistamaan varsinainen proteesi. Se valmistetaan tynгästä otetun kipsimallin ja potilaan yksilöllisten mittojen perusteella. Proteesin komponentit ja materiaalit voidaan valita useista vaihtoehdoista, joten siinä voidaan ottaa huomioon mm. potilaan allergiat ja aktiviteettitasot. (Kruus-Niemelä 2004, 701.) Apuvälineteknikko valmistaa proteesin tutkimalla tynгän ja ottamalla amputoidusta raajasta kipsimallin (Määttänen ym. 2009, 350).

Jos alaraaja on amputoitu säärestä, valmistetaan silloin potilaalle sääriproteesi. Proteesi koostuu tällöin normaalisti jalkaterästä, nilkkaosasta, rungosta, kovapintaisesta holkista sekä pehmeästä tupesta. Potilas saattaa tarvita lisäksi polviremmen ja erilaisia tynгäsukkia proteesityypistä riippuen. Tynгätupet ovat tänä päivänä yleensä ihoystävällisesti silikonista valmistettuja. Tupen avulla tynkää pystytään kuormittamaan kauttaaltaan. Tuppien ansiosta ei välttämättä tarvita erillisiä proteesin ripustuslaitteita, esimerkiksi polviremmejä. (Kruus-Niemelä 2004, 701-702.)

Reisiamputaatio potilaalle valmistetaan reisiproteesi, johon kuuluvat sääriproteesissa mainittujen osien lisänä vielä polvinivel ja reisosia. Amputaatiotynгän ollessa todella lyhyt tai jos amputaatio on tehty lonkkanivelestä tai siitä ylöspäin, voidaan potilaalle valmistaa lonkkaproteesi. Tässä tapauksessa holkien tilalle rakennetaan alavartalon ympäri menevä kori, johon proteesi kiinnittyy. Jos potilaalta on poistettu oma toiminnallinen lonkkanivel, tarvitaan silloin proteesiin myös lonkkanivel. (Kruus-Niemelä 2004, 702.)

Käyttöproteesin lisäksi on olemassa esimerkiksi suihkua ja saunaa varten helpottamaan myös ns. kylpyjalka eli proteesi, joka on suunniteltu mahdollistamaan ja helpottamaan toimimista

kosteissa peseytymistiloissa ja tilanteissa. Myös harrastukset voivat aiheuttaa omia vaatimuksia proteesille, jolloin voidaan tehdä oma proteesi tätä harrastusta varten, esimerkiksi uintia varten. (Kruus-Niemelä 2004, 702.)

Yleisesti proteesin hankintaprosessi etenee Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella niin, että erikoissairaanhoito, jossa amputaatio suoritetaan, hankkii ja maksaa ensimmäisen proteesin potilaalle. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) kilpailuttaa täällä pääkaupunkiseudulla proteeseja tuottavat tahot ja parhaimman tarjouksen antavalla taholla sitten teetetään potilaan ensimmäinen proteesi. Proteeseja tuottavalle taholle ensiproteesin hankkivat potilaat ovat tärkeitä, koska yleensä sieltä mistä ensimmäinen proteesi hankitaan, hankitaan seuraavatkin proteesit sekä huolto tapahtuu siellä. Oma kotikunta maksaa sitten varsinaisen käyttöproteesin. (Salmi 2015.)

Keskimäärin ensiproteesi tehdään, kun haava on parantunut ja tynkä on muotoutettu sidonnalla sen moiseksi, että voidaan tehdä ensimmäinen proteesi. Ajassa puhutaan noin kuukaudesta. Keskimäärin ensimmäisen proteesin hankinnan vuotena tehdään kaksi uutta holkkia. Potilaan hoitopolku on yksilöllinen siinä mielessä miten ensimmäisen proteesin hankinnan jälkeen edetään. Jotkin pärjäävät pitkään tällä proteesilla. Tähän vaikuttaa se miten tyngän turvotus kehittyy ja se on kovin yksilöllistä. Proteesin saatua potilaat ja proteesinvalmistaja tekevät tiivistä yhteistyötä ja potilaat voivat kysyä proteesinvalmistavalta taholta mieltä askarruttavista kysymyksistä tietoa. Proteesin valmistajalle ei välttämättä ole niin kutsuttuja kontrolli tai huoltokäyntejä, vaan potilaat ovat yhteydessä sinne jos jotain ongelmia ilmenee. Eriasia on, jos potilaalle on asennettu teknistä huoltoa säännöllisesti vaativa proteesi kuten mikroprosessori polvi, tai holkin istuvuudessa on sovituksessa havaittu jotakin poikkeavaa. (Salmi 2015.)

5.2 Sopeutuminen ja vertaistuki

Raajan menetys on suuri elämänmuutos ja hämmentävä tilanne sekä amputoidulle itselleen että hänen läheisilleen. Amputoidulla on lupa surra ja se kuuluu sopeutumisprosessiin. (Tuutu 2008, 40.) Amputaation jälkeen elämään sopeutumiseen tarvitaan aikaa ja kärsivällisyyttä. Amputaatiopotilaan ikä, elämäntilanne, toimintakyky, voimavarat ja perhe vaikuttavat sopeutumiseen. Potilaan tulee ymmärtää, ettei raaja-amputaatio ja proteesin käyttö ole elämän esteitä. (Malm ym. 2012, 278.) Tietoisuus tulevaisuuden mahdollisuuksia, miten ne saavutetaan sekä mitä tukea tai apua on saatavilla, helpottaa sopeutumista ja auttaa uskomaan tulevaisuuteen. (Liupakka 2013, 462.)

Vammaispalvelulaki 8 § määrittää, että vammaiselle henkilölle annettava sopeutumisvalmennusta. Sen tavoitteena on auttaa vammaista henkilöä sisäistämään vammasta aiheutuvat henkiset

paineet ja edistämään vammaisen henkilön toimintakykyä ohjauksella, neuvonnalla ja valmennuksella erilaisten kurssien muodossa. Tällaisia sopeutumisvalmennuksia toteutetaan tuki muodossa yksilöllisesti tai ryhmäkohtaisesti vammaiselle henkilölle tai hänen perheille. Lisäksi on mahdollisuus saada keskustelu- ja konkreettista apua psyykkisen ongelman käsittelyyn terveydenhuoltojärjestelmän kautta omalta terveysasemalta. (Invalidiliitto 2015.) Suomen nuorten amputoidut Ry järjestää vertaistukihenkilötoimintaa ja valtakunnallisia ja paikallisia tempauksia ja kokoontumisia kaikenikäisille amputoiduille (Suomen Nuorten Amputoidut Ry 2015).

Kososen (2010) tutkimuksessa on analysoitu invalidiliiton vertaistukeen perustuvaa toimintaa ja vertaistuen merkitystä. Tutkimuksesta selviää raaja-amputoitujen ja selkäydinvammaisten vertaistuesta saatavaa hyötyä. Tutkimukseen on osallistunut viisi koulutettua vertaistukihenkilöä ja neljä työntekijää. Tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. (Kosonen 2010, 28-30.) Vertaistuella tarkoitetaan samanlaisessa tilanteessa olevien henkilöiden kokemukseen perustuvaa tukea eli kokemuksen ja tietojen jakamista samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kesken. Tässä tilanteessa se tarkoittaa sitä, että amputoidut saavat tietoa ja tukea saman kokeneilta. (Tuutti 2008.) Vertaistuen perustana on omien kokemustietojen tuominen toisten käyttöön. Toisten samassa tilanteessa olevan kokemukset auttavat ymmärtämään omaa elämäntilannetta ja tulevaisuuden kuvaa. Vertaistukihenkilöt ovat tukemassa muita samassa elämäntilanteissa olevia, koska heillä on halu auttaa, tukea ja olla hyödyksi muille, jota he eivät saaneet aikoinaan, kun heillä oli tarvetta. Vertaistukihenkilöiltä saa arkipäivän selviytymiseen tiedollista mm. käytännön ohjeita, neuvoja ja ohjausta ja henkistä tukea. Tiedollisia tukea ovat mm. käytännön ohjeita, neuvoja tukitoimista ja palveluiden hakemisesta ja ohjausta esimerkiksi apuvälineiden käyttöön. (Kosonen 2010, 47- 58.)

Vertaistuen ansiosta raaja-amputoidun on helpompi hyväksyä tilanteensa sekä itsensä ja sopeutua elämään esimerkiksi tiedollisen tuen avulla. Tuen ansioista he kokevat itsensä arvostetuksi ja hyväksytyksi. Se on voimaannuttavaa ja edistää terveyttä sekä hyvinvointia. Vertaistuen avulla vammautunut saa rohkeutta olla oma itsensä, mikä lisää hänen itsetuntoaan. Vertaistuella on myönteinen vaikutus sekä tukihenkilöön että kriisitilanteessa olevaan. (Kosonen 2010, 71- 72.)

Virtuaalimaailmassakin on vertaistukea tarjolla, mutta tutkimuksen mukaan virtuaalinen tuki ei yksinään riitä. Toisen ihmisen fyysinen olemassaolo ja vuorovaikutus on merkittävää vertaistuessa. (Kosonen 2010, 57-58.) Nyky-yhteiskunnassa vertaistuen tarpeet kasvavat koko ajan. Syynä on yksinäisyyden lisääntyminen, sosiaalisen turvaverkoston väheneminen ja yhteiskunnalliset syyt. (Kosonen 2010, 44-45.)

5.3 Amputoidun sosiaalisiaetuuksia

Vammaispalvelulaki

Amputoinnin jälkeen amputoidut tarvitsevat monenlaista tukea. Vammaispalvelulain mukaan sen tarkoituksena on auttaa vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden yhteiskunnan jäsenten kanssa yhdenvertaisena sekä ehkäistä vammaisuuden aiheuttamia esteitä ja haittoja. Tässä laissa vammaiseksi katsotaan henkilö, jolla vamman tai sairauden vuoksi on erityisiä vaikeuksia suorittaa arkielämän toimintoja. Laki vastaa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. Kunnalla on velvollisuus järjestää tukitoimia ja palveluja vaikeavammaisille. (Finlex 1987.)

Apuvälineet

Apuvälineet auttavat ihmisen itsenäistä selviytymistä ja tukevat kotona asumista silloin, kun sairauden, vamman, kehitysviivästyksen tai ikääntymisen vuoksi henkilön toimintakyky on heikentynyt. Apuvälineet auttavat omatoimisen tai avustetun liikkumisen, ja näin parantavat henkilön toimintakykyä ja turvallisuutta. (Töytäri 2007, 11.) Kunnilla on varsinainen vastuu apuvälinepalveluiden järjestämisestä. Kunnissa terveydenhuolto, sosiaalitoimi ja koulutoimi vastaavat eri tarkoitukseen liittyvistä apuvälineistä. Muita tahoja ovat vakuutusyhtiöt, kansaneläkelaitos, valtiokonttori ja työvoimahallinto, jotka vastaavat apuvälineistä tiettyjen ehtojen mukaan. Terveyskeskuksesta saa lääkinnälliseen kuntoutukseen tarkoitetut perusapuvälineet kuten pyörätuolin, kepin tai proteesin ja keskussairaalaasta saa vaativat erikoisapuvälineet. (Konola, Hurnasti, Aarnikka, Leivo, Hiltunen & Virtanen 2004, 33-38; Töytäri 2007, 16-18.) Kunta korvaa puolet päivittäistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittavien välineiden, laitteiden ja koneiden hankkimisesta aiheutuneista kustannuksista vaikeavammaiselle (Vantaan kaupunki 2013, 30).

Asunnon muutostyöt

Vammaispalvelulain mukaan vaikeavammaiselle henkilölle korvataan vamman tai sairauden vuoksi aiheutuneet asunnon muutostöistä välttämättömät ja kohtuulliset kustannukset. Asunnonmuutostöiden osalta vaikeavammaisella tarkoitetaan henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia liikkua ja toimia omatoimisesti omassa vakituksessa asunnossaan vamman tai sairauden vuoksi. Korvattavia muutostöitä ovat vamman tai sairauden vuoksi suoritettavat rakennustyöt esimerkiksi kynnysten poistaminen, luiskien rakentaminen, ovien levantaminen ja muut vastaavat toimenpiteet. Kunnat korvaavat asunnon muutostöistä sekä asuntoon kuuluvien välineiden ja laitteiden hankkimisesta kohtuulliset kustannukset vaikeavammaiselle. (Vantaan kaupunki 2013, 16-17 ; Konola ym. 2004, 42,47.) Vakuutusyhtiöt korvaavat liikenne- ja tapaturmavakuutuksen piirin kuuluvien asunnon muutostyöt. Valtion asuntorahastosta saa avustuksia asun-

non muutostöihin tietyillä perusteilla. Asunnon muutostöiden korvausta haetaan oman kotikunnan sosiaalitoimesta kirjallisella hakemuksella. (Konola ym. 2004, 42,47.) Toimintaterapeutilta, kuntoutusohjaajalta tai fysioterapeutilta saa lausunnon asunnon muutostöiden tarpeellisuudesta (Vantaan kaupunki 2013, 17 .)

Pysäköintilupa

Tieliikennelain 28 b §:n mukaan poliisi voi myöntää vaikeasti vammaiselle henkilölle tai vaikeasti vammaisen henkilön kuljettamista varten pysäköintiluvan (Finlex 1992). Lupaa haetaan oman kotipaikkakunnan poliisiasemalta, erillisellä hakemuksella. Saatu lupa on voimassa koko maassa. Pysäköintilupa ei ole ajoneuvokohtainen vaan jokaisen hakijan henkilökohtainen lupa. Luvan edellytyksenä on että, sairaudesta tai vammasta aiheutuva liikunnallinen haitta itsenäiselle kävelylle on arvioitu haittaluokan 11 mukaiseksi tai näkökyky vähintään haittaluokan 17 mukaiseksi. Vammaisen pysäköintiluvan saamiseksi hakijan tulee esittää lääkärintodistus vammasta tai sairaudesta tai sen laajuudesta. (Ahoniemi 2009, 479; Poliisi 2015.)

Kuljetuspalvelu

Vammaispalvelulain perusteella kunnan on järjestettävä kuljetuspalveluja saattajapalveluineen työ-, opiskelu- ja vapaa-ajan matkoilla henkilölle, joka tarvitsee vamman tai sairauden vuoksi kuljetuspalvelua suorittaakseen tavanomaisia elämäntoimintoja. Kuljetuspalvelu on vammaisen henkilön subjektiivinen oikeus ja se kuuluu kunnan järjestämisvelvollisuus piiriin. Vantaan kaupungin kuljetuspalvelujen saamisen pääsääntöisenä edellytyksenä on yli vuoden kestävä haitta, joka aiheuttaa erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja kohtuuttomat vaikeudet joukkoliikennettä käyttäessä. Kunnan on järjestettävä kuljetuspalveluja opiskelu- ja työmatkojen lisäksi ainakin 18 muuta yhdensuuntaista vapaa-ajan matkaa kuukaudessa. Kuljetuksista peritään enintään julkisen liikenteen mukainen kertalipun suuruinen maksu. Kuljetuspalvelua voi hakea sosiaalityöntekijältä oman kunnan sosiaalitoimesta. (THL 2014; Invalidiliitto 2015; Vantaan kaupunki 2013,7.)

Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu järjestetään yleensä yli 65-vuotiaille kotipalvelun tukipalveluna, joilla on vamman tai sairauden vuoksi vaikeuksia liikkumisessa pitkäaikaisesti ja on suuria vaikeuksia liikkua julkisilla kulkuvälineillä. Se on tarkoitettu vähävaraisille, joiden bruttotulo on 1820€/kk, jos on yksin asuva ja käytettävissä oleva vaarallisuusraja 20 000€. (Vantaa 2015.)

Matkakustannukset

Kelalta saa korvausta sairauden tutkimuksista, hoidosta ja kuntoutuksesta johtuvista matkakustannuksista yhden suuntaan matkalta kun se ylittää 16,00 €:n omavastuuosuuden. Saman kalenterivuoden omavastuuosuuden matkakatto on 272,00 €. Kun saman kalenterivuoden aikana matkakustannukset ylittävät omavastuuosuuden, ylittävästä osasta korvataan kokonaan. Terveystieteiden tutkimuksesta saa SV67 taksitodistuksen tai muun vastaavaan selvityksen matkaa varten. (Kela 2015.)

Vammaistuki

Vammaisen henkilön itsenäistä selviytymistä ja elämänlaatua tuetaan vammaistuella. Kuusi vuotta täyttäneen vammaistukeen on oikeutettu henkilö, jonka toimintakyky on heikentynyt vamman tai sairauden vuoksi ainakin vuoden ajan. Tämän lisäksi sairauden tai vamman tulee aiheuttaa haittaa, avuntarvetta, palvelujen-, ohjauksen- ja valvonnan tarvetta sekä erityiskustannuksia. Haitan arvioimisessa Kela käyttää tapaturmavakuutuslain haittaluokitusta. Vammaistukeen on oikeutettu vain Suomen sosiaaliturvaan kuuluvat henkilöt. Vammaistuella pyritään helpottamaan vammaisten henkilöiden selviytymistä päivittäisessä elämässä, työssä ja opiskelussa. (Kela 2015.)

Sopeutumisvalmennus

Sopeutumisvalmennuksella pyritään auttamaan ja tukemaan vammaista henkilöä ja hänen lähiomaisiaan uudessa muuttuneessa elämäntilanteessa. Sopeutumisvalmennuskurssin tavoitteena on auttaa heitä elämään itsenäistä elämää ja osallistumaan yhteiskunnassa vammasta tai sairaudesta riippumatta. Kelan tai terveydenhuollon rahoittamana erilaiset vammaisjärjestöt järjestävät sopeutumisvalmennuksia. (Respecta 2015.) Vammaisen henkilön ja läheisen neuvonta, ohjaus ja valmennus kuuluu sopeutumisvalmennukseen. Ne järjestetään vammaisen henkilön ja läheisen yksilöllisten tarpeiden perusteella. Sopeutumisvalmennuksen muotoja ovat kurssit ja erilaiset ohjaukset. (Vantaan vammaispalveluohje 2013, 27-28.)

6 Potilaan ohjaus

6.1 Kirjallinen materiaali potilasohjauksen tukena

Lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidostaan ja eri hoivaihtoehtojen sekä muista hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaan tulee saada tieto niin, että hän ymmärtää sen. (Finlex 1992.) Potilasohjaus on sosiaalista vuorovaikutusta, yhteistyötä ja potilaan kanssa keskustelua tasavertaisesti hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista. Potilasohja-

uksen tulisi painottaa potilaan omaa vastuuta hoidostaan, jotta potilas ymmärtää paremmin sairauden luonteen ja hoidon. Potilasohjauksella ja tiedon annolla on todettu olevan yhteys potilaan elämänlaatuun ja sillä on vaikutus potilaan sairauden hallintaan. (Kotsjukova & Salanterä 2008, 20.) Laadukas potilasohjaus on potilaslähtöistä, jolloin ohjauksessa huomioidaan potilaan tiedolliset tarpeet ja tuki sekä myös omaiset. Tiedontarpeet kohdistuvat sairauteen ja sen hoitoon sekä sairauden vaikutukseen ja selviytymiseen. Tukea potilaat tarvitsevat omien ja omaisten tunteiden käsittelyyn. (Kääriäinen 2007, 33.)

Sairaaloissa potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet paljon, jonka vuoksi aikaa ja mahdollisuuksia potilasohjaukseen henkilökohtaisesti on aina vain vähemmän. Jotta potilas saisi tarvitsemansa tiedon ennen hoitoa ja hoitokontaktin päättymisen jälkeen, on kirjallisten ohjeiden käyttäminen noussut tärkeään osaan. Tämä tarkoittaa sitä, että tarvitaan nykyistä tiiviimpää paneutumista kirjalliseen ohjaukseen. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66.)

Kirjallisen ohjauksen tarkoituksena on vastata potilaan tiedon tarpeisiin. Tavoitteena on lisätä potilaan voimavaroja ja mahdollisuuksia selviytyä sairaudestaan ja sen hoidosta (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2005, 218 ; Lipponen ym. 2006, 66). Kun potilaalle annetaan kirjallisia ohjeita, pyritään sillä välttämään ja oikaisemaan väärinkäsityksiä. Kirjallisella potilasohjauksella voidaan lisätä potilaan motivaatiota sekä antaa tietoa saatavilla olevista palveluista. Ohjeella annetaan potilaalle tietoa sairauteen liittyvistä asioista, valmistellaan potilasta tutkimukseen ja hoitotoimenpiteisiin. Potilasohjeella autetaan potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai sen hoitojen ajan. (Lipponen ym. 2006, 66.)

Yleensä kirjallinen ohje annetaan suullisen ohjauksen yhteydessä, jolloin tilanteessa on mahdollisuus läpi käydä ja täydentää sitä. Tiedot annetaan selkeästi, ymmärrettävällä tavalla, avoimesti ja rehellisesti. Jos potilas on aistivammainen tai vieraskielinen, tulee tiedon tulkitsemisesta huolehtia mahdollisuuksien mukaan. Kirjallisen ohjeen kehittämisessä tulee ottaa huomioon ikääntyneen ihmisen oppimiseen vaikuttavat tekijät. (Lipponen ym. 2006, 66-67.)

6.2 Kirjallisen materiaalin laatukriteerit

Terveystietokeskuksen määrittämät terveysaineiston laatukriteereihin kuuluu konkreettinen terveys ja hyvinvointitavoite. Otsikko ja johdanto auttavat ymmärtämään aineiston kokonaisuuden ja sisällön. Aineisto välittää tietoa terveyden taustatekijöistä ja osoittaa potilaalle kohtia, joihin voi omalla käytöksellään vaikuttaa. Terveysaineiston tulee motivoida ja kannustaa ja antaa käyttäytymiseen malleja. Terveystietokeskuksen kriteereissä on mainittu myös se, että aineiston tulisi vahvistaa potilaan hallinnan tunnetta tilanteessaan ja potilaan tulisi löytää ratkaisuja kirjalliseseta ohjeesta. Aineisto tulisi esittää

lyhyesti ja johdonmukaisesti ja ohjeessa tulisi ottaa huomioon kohderyhmä. Aineiston tulee herättää potilaan mielenkiinto ja on sisällöltään luotettavaa sekä aineiston esitystapa tukee tavoitteita. (Rouvinen-Wilenius 2008, 10-11.) Hyvästä kirjallisesta ohjeesta löytyy vastaukset näihin kysymyksiin ”Mitä?, Miksi?, Miten? ja Milloin?” (Salanterä ym. 2005, 219 ; Lipponen ym. 2006, 66).

Ohjeen kirjoittamisessa kannattaa edetä tärkeästä tiedosta vähemmän tärkeään tietoon. Näin vain alun lukeneet saavat tärkeän infon tietoonsa. Potilaalle tärkeimmän asian kertominen heti alussa kertoo ohjeen tekijän arvostavan lukijaansa. (Lipponen ym. 2006, 67.) Luettavuuden kannalta tekstin tärkeimmät osat ovat otsikko ja väliotsikot. Pääotsikko kertoo ohjeen tärkeimmän asian ja väliotsikoiden avulla lukija jaksaa kahlata tekstin kokonaan läpi. (Hyvärinen 2005.)

Kuvien käyttö potilasohjeissa herättää lukijan mielenkiinnon sekä auttaa ymmärtämään tekstin sisältöä. Kuvatekstit ohjaavat kuvien luentaa ja kuvat tulisi aina tekstittää. Kuvien valinnassa tulisi huomioida, etteivät ohjeen kuvat loukkaa ketään. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 40-42 ; Pulkkinen ym. 2001, 17-18.)

Ohjeen sisältöä palvelee hyvä ulkoasu. Hyvän ohjeen lähtökohtana on miten kuvat ja teksti on paperille aseteltu, eli taitto. Kun ohje on taitettu hyvin, houkuttelee se lukijaa lukemaan ohjetta sekä parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä. (Lipponen ym. 2006, 68.) Aineiston tunnetuksi vaikuttavat tekstityyppi ja koko. Tekstikoko tulisi miettiä niin, että myös iäkkään on sitä helppo lukea. (Pulkkinen ym. 2001, 15.)

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Toimintaympäristö

Katriinan sairaala kuuluu Vantaan kaupungin sairaanhoitopiiriin. Katriinan sairaalan osasto 4b:llä on 29 potilaspaikkaa. Potilashuoneet ovat yhden, kahden ja kolmen hengen huoneita. Osasto on profiloitunut haavan hoitoihin, mutta osastolla hoidetaan myös muusta syystä sairaalahoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia potilaita. Osastolla hoidetaan vuodessa noin 10 alaraaja- ja amputaatio potilasta. Osaston yhteydessä toimii haavavastaanotto, jossa sairaanhoitaja ottaa osastolta kotiutuneita vastaan kaksi kertaa viikossa. Vastaanotto on kehitetty vaativampien haavanhoidojen toteuttamista varten, jotta potilaat voivat varhaisemmin kotiutua vuodeosastolta. (Vantaa 2015 ; Volmanen 2015.)

Osastolla työskentelee 19 hoitohenkilökunnan jäsentä ja osastonhoitaja. Henkilökuntaan kuuluvat osastonlääkäri, osastonhoitaja, terveyskeskusavustaja, yksi haavanhoidon asiantuntija-

sairaanhoitaja ja muita sairaanhoitajia, perushoitajia ja laitoshuoltajia. Yhteistyötä tehdään myös fysioterapeuttien ja sosiaalihoitajan kanssa. Plastikkakirurgi kiertää sovittuina aikoina osastolla. Myös muiden alojen erikoislääkäreitä on mahdollisuus konsultoida tarvittaessa. (Volmanen 2015.)

Kerran viikossa osastolla pidetään kuntoutuskokous ja viikoittain on myös lääkärinkierto. Potilaskohtaisia hoitoneuvotteluja pidetään tarpeen mukaan osastolla, joissa mukana ovat potilaan ja hänen läheistensä lisäksi potilaan hoitoon tai kuntoutukseen osallistuvia sairaalasta ja tarvittaessa avopuolen edustajia muun muassa kotihoidosta. (Vantaa 2015.)

7.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin syksyllä 2014. Työnteko lähti alkuun lähteiden hakemisella ja lukemalla aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Tutustuttuamme kirjallisuuteen alkoi kirjallisen työn hahmottelu ja pohdinta siitä, mitkä asiat oppaassa olisivat tärkeitä. Opinnäytetyömme aiheesta löytyy melko paljon tietoa ja aiheemme on laaja, minkä takia rajasimme opinnäytetyön ja oppaan hyvin tarkasti. Tapasimme osastonhoitajan tässä vaiheessa työtä ja suunnittelimme alustavasti työn sisältöä. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin Katriinan sairaalassa helmikuussa 2015, jolloin aiheen rajausta tarkentui. Rajasimme työhön tulevat asiat hyvin selkeästi yhteistyössä osastonhoitajan kanssa. Aloitimme potilasoppaan työstämisen alkuvuodesta 2015. Alla luettelona osastonhoitajan oppaan sisältöehdotus:

- Amputaation syyt aluksi lyhyesti
- Tynkähaavan hoito ja tupakoinnin vaikutus haavaan
- Kivunhoito, miten kipuun voidaan itse vaikuttaa?
- Asentohoito
- Tyngän sidonta
- Klexane-hoito leikkauksen jälkeen estämään keuhkoemboliaa
- Miten proteesin hankinta prosessi menee?
- Amputoidun mahdolliset sosiaaliset etuudet
- Lyhyesti liikkumiseen liittyvät asiat
- Oppaan loppuun osaston yhteystiedot

Osastonhoitaja toivoi, että oppaasta tulee tiivis ja selkeä asiakokonaisuus. Hän ehdotti, että voisimme käydä Respectassa tutustumassa erilaisiin proteeseihin ja hankkia lisää tietoa proteesin hankintaprosesseista. Innostuneesti kävimme tutustumassa Respectan toimintaan alkuvuodesta 2015. Heiltä saimme aiheeseen liittyvää materiaalia, josta oli hyötyä työssä. Haastattelimme myös Respectan apuvälineteknikkoa proteesiin liittyvissä asioissa. Kysyimme häneltä luvan käyttää haastatteluaineistoa opinnäytetyössämme.

Kirjoitustyöstä teimme suurimman osan syksyllä 2014 ja viimeistelimme teoreettisen viitekehksen keväällä 2015. Ohjaavan opettajan tapaamisista saimme paljon apua ja vinkkejä kirjallisen työn työstämiseen ja oppaan laatimiseen. Aloitimme kokoamaan opasta keväällä 2015. Opas perustuu teoreettisessa viitekehyksessä esitettyyn tutkittuun ja kokemusperäiseen tietoon. Kokosimme oppaan osastonhoitajan toiveiden pohjalta. Teimme oppaasta luonnosversion, joka lähetettiin osastolle ja ohjaavalle opettajalle arvioitavaksi. Saadun palautteen mukaan muokkasimme luonnosversiota.

Oppaan tekeminen ja suunnittelu perustui kirjallisen potilasohjauksen kriteereihin. Valitsimme työhön kriteerejen perusteella oppaan fontin ja fonttikoon niin, että myös iäkkäämmän on tekstiä helppo lukea. Sisältö on otsikoitu selkeästi pääotsikoihin ja väliotsikoihin, joten potilaan on helppo nähdä otsikoiden perusteella mistä tekstissä on kyse. Kieli oppaassa on selkeää. Jätimme ammattitermit ja vaikeasti ymmärrettävät sanat tekstistä pois. Saimme oppaaseen kuvia amputaatiotyngän sidonnasta, mikä voi helpottaa tekstin ymmärtämistä. Oppaasta pyrittiin tekemään mahdollisimman positiivinen, jotta potilas voisi siitä motivoitua ja saada lisää tietoa alaraaja-amputaatioon liittyvistä asioista.

Kävimme tapaamassa Katriinan sairaalan asiantuntijoita, sosiaalihoitajaa ja fysioterapeutteja, joilta saimme kokemusperäistä tietoa opinnäytetyöhön. Osastonhoitaja on myös osaltaan antanut tiedollisen ja kokemuksellisen tukensa opinnäytetyöhön. He ovat tarkistaneet myös oppaassa sisällön oikeaksi ja osaston toimintaan sopivaksi. Kävimme esittelemässä opinnäytetyötämme Katriinan sairaalan moniammatillisessa iltapäivässä huhtikuussa 2015, jolloin paikalla oli osaston lääkäreitä, hoitajia, fysioterapeutti ja osastonhoitaja. Esittelimme oppaaseen tulevia aiheita ja opinnäytetyön tarkoitusta sekä tavoitteita. Saimme moniammatillisesta iltapäivästä vinkkejä oppaan tekemiseen, muunmuassa sisältöön liittyviin asioihin. Osaston henkilökunnan mielestä oppaan aihealueet ovat hyvin rajattu ja opas tulee heille tarpeeseen.

Haimme Vantaan kaupungin tutkimuslupalautakunnan vammais- ja vanhuspalveluilta valokuvasta ja haastattelua varten tutkimusluvan maaliskuussa 2015. Myönteinen päätös saatiin huhtikuussa.

8 Pohdinta

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä eettiset kysymykset ovat tärkeitä ja ne tulee ottaa huomioon tehtäessä opinnäytetyötä. Opinnäytetyö prosessin jokaisessa vaiheessa tulee arvioida tehdyn työn luotettavuutta ja eettisyyttä. Kirjoitusprosessissa tärkeänä eettisenä osana pidetään lähteiden käyt-

töä ja niihin viittaamista. Kirjoittajan aiheen ja tieteellisten käytäntöjen hallinta osoitetaan käyttämällä lähteitä hyvin kirjallisessa työssä. (Tampereen yliopisto 2010.) Olemme teoreettiseenviitekehyykseen valinneet mahdollisimman uusia ja ajankohtaisia lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman oikeellista. Olemme käyttäneet lähteinä tutkittua tietoa, sekä alan julkaisuja ja kirjallisuutta. Olemme myös varmistaneet oppaan tietojen oikeellisuuden Katriinan sairaalan työntekijöiltä, mikä lisää työemme luotettavuutta.

Osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja potilaalla on oikeus kieltäytyä osallistumasta. Potilas voi myös keskeyttää tutkimukseen osallistumisen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Yksi eettinen kysymys opinnäytetyössämme oli potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Yhtenä arviointina oppaan toimivuudesta oli saada potilaiden näkökulma tehdystä kirjallisesta materiaalista. Tämä osuus ei työssämme kuitenkaan toteutunut, koska osastolla ei ollut amputoituja potilaita juuri lainkaan projektimme aikana hoidossa.

Eettisenä kysymyksenä koimme työllemme olevan sen, että saamme rakennettua mahdollisimman selkeän ja ymmärrettävän potilasohjeen, joka myös palvelee potilaan kuntoutusta ja sopeutumista. Oppaamme pohjautuu hyvän kirjallisen potilasohjauksen kriteereihin, joiden pohjalta olemme arvioineet työemme. Tehtyä potilasopasta peilasimme jatkuvasti prosessin eri vaiheissa kirjallisen potilasohjauksen kriteereihin. Arviointiin olemme saaneet tukea ohjaavalta opettajalta sekä osaston työntekijöiltä.

Otimme oppaaseen kuvia amputoidun potilaan tyngänhoidosta. Haimme Vantaan kaupungin tutkimuslupalautakunnasta tutkimusluvan valokuvausta varten. Yksi potilas kuvattiin oppaaseen ja häneltä on kysytty kirjallinen suostumus osallistua valokuvaukseen. Tutkimustyössä anonymiteetti on tärkeä huomioida (Kankkunen ym. 2009, 179). Osallistuminen valokuvaukseen oli vapaaehtoista. Kuvissa ei näy potilaan kasvoja eikä niissä ole mitään potilaan tunnistetietoja.

Olemme tehneet opinnäytetyö sopimuksen Katriinan sairaalan kanssa, ja heillä on oikeus saada opas osaston käyttöön sen valmistuttua. Olemme antaneet osastolle myös luvan tehdä työhön mahdollisesti jatkossa päivityksiä. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa sovittiin, että oppaaseen tulee Laurean ja Vantaan kaupungin logot.

8.2 Arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli alaraaja-amputaatio potilaan ohjauksen kehittäminen. Tavoitteena oli tuottaa alaraaja-amputaatioon suunnattu opas Katriinan sairaalan osasto 4b:n käyttöön. Potilasoppaan tekemistä ohjasi yhteistyötahon puolesta osastonhoitaja ja muu henkilökunta heidän asiantuntijuudellaan ja kokemuksellisella tiedollaan. Lisäksi työn arviointi

perustui vahvasti kirjallisen potilasohjauksen laatukriteereihin ja opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta saatuun palautteeseen.

Opinnäytetyö ja opas tehtiin tiiviissä yhteistyössä Katriinan sairaalan henkilökunnan kanssa. Alusta asti oppaan sisältö rakennettiin osaston toiveiden mukaisesti. Oppaan luonnosversio esiteltiin työn alkuvaiheessa Katriinan sairaalan moniammatillisessa iltapäivässä, jolloin saimme oppaan aihealueista ja sisällöstä palautetta. Esimerkiksi osaston puolelta toivottiin, että proteesin saannin kriteereistä mainittaisiin oppaassa. Palaute työstä oli pääosin positiivista ja lisäksi saimme muutamia kehitysehdotuksia. Kehitysehdotukset huomioimme tehtäessä opasta eteenpäin. Muutoksien jälkeen kävimme opasta läpi sairaalan asiantuntijoiden kanssa läpi ja näin varmistettiin, että opas on toimiva ja vastaa sairaalan toimintaa. Oppaasta saimme suullista ja kirjallista palautetta ja korjausehdotuksia. Palautetta tuli muun muassa kielioppivirheistä, joita korjasimme useamman tarkistajan kanssa. Fysioterapeutin palaute oppaasta oli, että se painottui liikaa fysioterapiaan. Hän ehdotti, että työstä poistettaisiin joitakin lauseita.

Palautteiden perusteella teimme muutoksia oppaaseen ja näin varmistettiin, että opas on toimiva ja vastaa alaraaja-amputaatio potilaiden tarpeisiin. Koko työprosessin ajan peilalsimme opasta kirjallisen potilasohjeen kriteereihin, näin pyrittiin tekemään mahdollisimman toimiva potilasopas. Valmiista potilasoppaasta osastonhoitaja keräsi osaston henkilökunnalta palautetta, joka oli pääosin hyvää. Heillä ei ollut suuria muutosehdotuksia oppaaseen. Korjasimme henkilökunnan palautteen mukaan oppaasta haavanhoitoon liittyviä tietoja. Opiskelijoina voidaan olla tyytyväisiä oppaasta jo saadun palautteen puolesta. Onnistuimme mielestämme rakentamaan sellaisen oppaan, joka on sisällöltään helposti ymmärrettävä, ulkonäöllisesti selkeä ja käytännönläheinen.

Yhteistyö osaston ja sairaalan asiantuntijoiden kanssa sujui pääosin hyvin, mutta ajoittain oli vaikea löytää yhteistä aikaa kiireisen kevään aikana. Osastonhoitaja on alusta asti kertonut työn tarpeellisuudesta osastolle, koska heillä ei ole ohjausmateriaalia alaraaja-amputoiduille potilaille. Opas helpottaa henkilökunnan ohjaustyötä. Osastonhoitajan palaute yhteistyöstä meidän kanssa oli positiivinen ja yhteistyö heidän mielestään on sujunut hyvin. Osastolla ei ollut viime kevään aikana hoidossa amputaatio potilaita, jonka vuoksi kuvien ottaminen oppaaseen oli haastavaa. Emme myöskään voineet kuulla potilaiden mielipiteitä ja kehotusehdotuksia oppaasta tämän vuoksi. Tämän vuoksi olisi hyvä jatkotutkimusaiheena selvittää alaraaja-amputoitujen potilaiden mielipiteitä oppaasta ja tutkia oppaan käyttökelpoisuutta. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi oppaasta tehdä ruotsinkielisen version ruotsinkielisille potilaille. Teimme oppaan nyt kirjallisena versiona, mutta jatkossa työstä voisi myös tehdä sähköisen version.

Opinnäytetyön prosessiin alkaessa keskusteltiin meidän opiskelijoiden opinnäytetyön tavoitteista ja ne olivat samanlaisia molemmilla. Aihealue oli molempien mielestä alusta asti kiinnostava ja olimme kiinnostuneita potilasoppaan tekoprosessista. Työnjako meidän opiskelijoiden välillä oli tasaista, aikataulut sopivat hyvin yhteen ja yhteistyö sujui hyvin. Opinnäytetyö prosessi kokonaisuudessaan on ollut paljon antava ja opettavainen kokemus ja olemme saaneet eväitä tulevaan ammattiin tämän myötä. Toivomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä niin potilaille kuin sairaalan henkilökunnalle.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ahoniemi, E. 2009. Liikuntavammaisen ajokyky, autoon tarvittavat muutostyöt ja hallintalaitteet. Teoksessa: Arokoski, J. Alaranta, H. Pohjolainen, T. Salminen J. & Viikari-Juntura, E. (toim.). Fysiatría. Helsinki: Duodecim.

Alaranta, N. 2014. Musiikin käyttö leikkauksen jälkeisen kivun hoidossa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto.

Amputee Coalition of America. 2009. Wound Care: Preventing Infection. Viitattu 19.5.2015.
https://www.amputee-coalition.org/fact_sheets/woundcare.pdf

Aranko, K-M. 2011. Traumapotilaan ensihoito ja tutkiminen. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos.

Desmond, D., Gallagher, P., Henderson-Slater, D & Chatfield, R. 2008. Pain and psychosocial adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. Prosthetics and Orthotics International, 32 (2). Viitattu 10.1.2015.
<http://poi.sagepub.com/content/32/2/244.full.pdf+html>

Duodecim. 2014. Alaraaja-amputoidun hoitoketju. Viitattu 28.4.2015.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00780&p_haku=alaraaja+amputaatio

Haavan hoito-opas. 2014. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. Viitattu 12.12.2014.
www.esshp.fi/soap/downloader.asp?id=12885&type=3

Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 12.5.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex 1987. Vammaislaki 3.4.1987/380. Viitattu 20.2.2015.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>

Finlex 1992. Vammaispalvelulaki 14.2.1992/117. Viitattu 8.5.2015
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1981/19810267#L2P28>

Hamunen, K & Kalso E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa: Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim Oy.

Helsingin Sanomat. 2012. Viitattu 13.12.2014.
<http://www.hs.fi/kotimaa/a1305560896782>

Hietanen, H. 2012. Haavan paikallishoito käytännössä. Teoksessa: Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Duodecim 121(16), 1769-1773.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kettunen, R. 2014. Laskimotukos (Laskimoveritulppa). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.5.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00039

Invalidiliitto. 2015. Kuljetuspalvelut ja muu liikkuminen. Viitattu 23.2.2015.
http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/toiminta/neuvonta/asiantuntija_vastaa/usein_kysytyt_kysymykset/kuljetuspalvelut_ja_muu_liikkuminen/

Invalidiliitto. 2015. Vammaisuuteen liittyvät muut kysymykset. Viitattu 14.1.2015.
http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/toiminta/neuvonta/asiantuntija_vastaa/usein_kysytyt_kysymykset/vammaisuuteen_liittyvat_muut_kysymykset/

Invalidiliitto. 2015. Vertaistuki. Viitattu 14.1.2015.
<http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/toiminta/vertaistuki/>

Juutilainen, V. 2012. Amputaatio. Teoksessa: Juutilainen, V. & Hietanen, H. (toim.). Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kela. 2015. Matkakorvaukset. Viitattu 11.5.2015
<http://www.kela.fi/matkakorvaukset>

Kela. 2015. Vammaistuet. Viitattu 2.3.2015.

<http://www.kela.fi/vammaistuet>

Kettunen, R. 2014. Laskimotukos (Laskimoveritulppa). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.5.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00039

Koljonen, V., Patja, K. & Tukiainen, E. 2006. Tupakoinnin vaikutukset haavanparanemiseen. Suomen Lääkärilehti 33/2006. 3203-3207.

Konola, P., Hurnasti, T., Aarnikka, T., Leivo, H., Hiltunen, N. & Virtanen, P. 2004. Apuvälinepalvelut. Teoksessa: Salminen, A-L. (toim.) Apuvälinekirja. Tampere: Tammerpaino Oy.

Kosonen, K. 2010. "Voimia ja virtaa vertaistuesta"- Tutkimus Invalidiliiton vertaistukeen perustuvasta toiminnasta. Viitattu 20.2.2015.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81564/gradu04287.pdf?sequence=1>

Kotsjukova, T. & Salanterä, S. 2008. Polven tekonivelleikkauksessa olleen potilaan terveyden hallinnan oppiminen. Teoksessa: Montin, L. (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto.

Kruus-Niemelä, M. 2004. Alaraaja-amputaatiot ja protetisointi. Teoksessa: Liukkonen, I. & Saarikoski, R. (Toim.) Jalat ja terveys. Helsinki: Duodecim.

Kunnamo, I., Alenius, H., Hermanson, E., Jousimaa, J., Teikari, M. & Varonen, H. 2006. Lääkärin käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Käypä hoito suositus. 2009. Diabeetikon jalkaongelmat. Viitattu 5.12.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50079>

Käypä hoito-suositus 2010. Laskimotukos ja keuhkoembolia. Viitattu 19.5.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50022>

Käypä hoito-suositus 2010. Laskimotukos ja keuhkoembolia (veritulppa). Viitattu 19.5.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00046>

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun Yliopisto.

Lagus, H. 2012. Haavan paraneminen. Teoksessa: Juutilainen, V. & Hietanen, H. (Toim.) Haavahoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Viitattu 29.12.2014
https://www.ppshe.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Liupakka, P. 2013. Hoito alaraaja- amputaation jälkeen. Teoksessa: Mustajoki, M. Alila, A. Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja 8. painos. Helsinki: Duodecim.

Liupakka, P. 2014. Hoito alaraaja- amputaation jälkeen. Viitattu 7.8.2015
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=amputaatio

Luther, M. 2004. Valtimo- ja laskimoverenkierto, tutkiminen ja sairaudet. Teoksessa: Liukkonen, I. & Saarikoski, R. (Toim.). Jalat ja terveys. Helsinki: Duodecim.

Malm, M. Matero, M. Repo, M. & Talvela, E-L. 2012. Esteistä mahdollisuuksiin - Vammaistyön perusteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Määttänen, M. & Pohjolainen, T. 2009. Raaja- amputaatiot, proteesit ja kuntoutus. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysioterapia. Helsinki: Duodecim.

Määttänen, M. 2012. Alaraaja-amputaation jälkeinen turvotuksen hoito ja tyngän muotouttaminen. Haava 3, 40.

Piitulainen, K. & Ylinen, J. 2010. Uudet protetisointikäytännöt tehostavat amputaatiopotilaiden kuntoutusta. Suomen Lääkärilehti 6, 499-501.

PKSSK. 2015. Lääkkeetön kivunhoito. Viitattu 15.5.2015
<http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito>

Pohjolainen, T. & Alaranta, H. 2000. Miksi amputaatiot eivät vähene ja kuntoutus ontuu?. Duodecim. 116 (7), 689-691.

Poliisi. 2015. Vammaisen pysäköintilupa. Viitattu 8.5.2015
https://www.poliisi.fi/luvat/vammaisen_pysakointilupa

Pöyhiä, R., Niemi-Murola, L., Jalonen, J. Junttila, E. & Metsävainio, K. (Toim.) 2014. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Respecta. 2015. Avuksi arkeen- Hyödyllistä tietoa ennen ja jälkeen amputoinnin. Respectan opas.

Respecta. 2015. Fysioterapia. Viitattu 20.5.2015.

<http://respecta.fi/fi/ratkaisut/sinulle/proteesi/protetisointiin-valmistautuminen/fysioterapia/>

Riikola, T., Lepäntalo, M. & Venermo, M. 2010. Alaraajojen tukkiva valtimotauti huonontaa jalkojen verenkiertoa. Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 5.12.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00093>

Rouvinen-Wilenius, P. 2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto- Kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Rönnemaa, T. 2015. Mistä diabeetikon jalkaongelmat johtuvat? Teoksessa: Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. (Toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: Wsoy.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L.-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeiseen lyhytkestoisen kivun hoitotyö- Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö.

Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M.-L., Pulkkinen, M.-L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4, 218-219.

Salmi, T. 2015. Asiantuntija haastattelu. Respecta Oy. Haastateltu 12.3.2015. Helsinki.

Soleus Proteor. 2015. Raajaproteesit. Viitattu 28.4.2015.

<http://www.soleusproteor.fi/tuotteet/raajaproteesit>

Stolt, A. 2003. Epiduraalipuudutus aavesärlyn ehkäisyssä. Haava-lehti 3, 9.

Suomen Nuorten Amputoidut ry. 2015. Viitattu 14.1.2015.

<https://snarydotorg.wordpress.com/>

Tampereen yliopisto. 2010. Lähteiden käyttö ja lähdeviitteiden merkitseminen. Viitattu 20.5.2015.

<http://www.uta.fi/yky/oppiaineet/sosiaalipolitiikka/kaytannot/viittausohjeet.html>

The Joanna Briggs Institute. 2009. Music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Best Practise* 13 (3).

THL. 2014. Kuljetuspalvelu ja saattajapalvelu. Viitattu 23.2.2015.

<http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/liikkuminen/kuljetuspalvelu-ja-saattajapalvelu>

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi- Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuuliranta, M. 2007. Elintavat riskitekijöinä- Mitä haavojen takaa löytyy? *Haava-lehti* 2, 24.

Tuuttu, E. 2008. Raaja- amputoitujen vertaistukitoiminta osa 3. *Haava-lehti* 1, 40.

Töytäri, O. 2007. Apuvälineiden ja apuvälinepalveluiden saatavuus terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa- Selvitys apuvälineiden luovutuskäytännöistä ja apuvälinepalveluiden toteutuksesta. STAKES. Helsinki: Valopaino Oy.

Vainio, A. 2009. Aavesärky. Helsinki: Duodecim. Viitattu 20.5.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00042

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim.

Vantaa. 2015. Osasto 4B. Viitattu 28.4.2015.

http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/sairaalan_osastot_ja_yksikot/osasto_4_b

Vantaa. 2015. Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu. Viitattu

11.5.2015 http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaastructure/74712_74077_Liite_2_.pdf

Vantaan vammaispalveluohje. 2013. Vantaan kaupunki. Sosiaali- ja terveyslautakunta: Vantaa.

Volmanen, P. 2015. Haastattelu kysymyksiä. Lähetetty 14.4.2015. (Viitattu 28.4.2015). Yksityinen sähköpostiviesti.

Liitteet

Saatekirje potilaille tutkimuksesta

Olemme kaksi sairaanhoitaja opiskelijaa Tikkurilan Laureasta. Teemme toiminnallista opinnäytetyötä Katriinan sairaalan osasto 4B:lle. Opinnäytetyö on osa sairaanhoitajan opintoja. Työmme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on laatia kirjallinen potilasopas alaraaja-amputoiduille potilaille. Tavoitteenamme on kehittää alaraaja-amputoitujen ohjausta.

Tarkoituksenamme on tuottaa opas, jossa on sopeutumista helpottavia tietoja muun muassa aluksi amputoidun tyngän hoidosta, sopeutumiseen ja vertaistukeen sekä lopuksi tärkeimpiä sosiaalisia etuuksia, joita alaraaja-amputoinut voi hakea.

Työn selkeyttämisen vuoksi ja ohjauksen tueksi tarkoituksenamme on ottaa oppaaseen kuvia amputoiduista potilaista. Kuvissa käsitellään muun muassa tyngän sitomista ja asentohoitoa. Kuvat otetaan niin, että ne kunnioittavat potilasta ja niistä ei näy potilaan kasvoja tai asioita, joista potilas olisi tunnistettavissa.

Tarkoituksenamme on kysyä myös potilaiden mielipidettä oppaan toimivuudesta ja selkeydestä. Tarkoituksena on tehdä oppaaseen muutoksia potilaiden kehitysehdotusten mukaisesti. Kysymme mielipiteitänne suullisesti, potilaan nimeä tai tunnistettavia tietoja ei mainita lainkaan opinnäytetyössä.

Valokuvaukseen osallistuminen on potilaalle vapaaehtoista, eikä kieltäytyminen osallistua tutkimukseen vaikuta millään tavalla hoitoon. Vaikka antaisitte suostumuksenne osallistua valokuvaukseen, voitte milloin tahansa halutessanne perua suostumuksenne ja jäädä pois tutkimuksesta.

Työ julkaistaan Theseus-nimisessä tietokannassa ja se tulee julkisesti esille. Opas tulee myös osaston käyttöön valmistuessaan.

Olemme hakeneet ja saaneet tutkimusluvan tehdä työtä Vantaan kaupungin vanhus -ja vammaispalveluista.

Työtämme ohjaa koulun puolesta Lehtori Hellevi Pelto-Huikko

Lisätietoja annamme mielellämme mieleen nousseisiin kysymyksiin

t. Jaana Piironen & Aksirun Nesa, lisätietoja: jaana.piironen@laurea.fi

Suostumus valokuvaukseen osallistumisesta sekä oppaan arviointiin osallistumisesta

Hei,

Olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Tikkurilan Laureasta. Teemme opinnäytetyötä Katriinan sairaalan osastolle 4B. Opinnäytetyömme tarkoituksena on laatia kirjallinen potilasopas alaraaja-amputoiduille potilaille. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa alaraaja-amputoidun potilaan ohjausta.

Tarkoituksenamme on saada kuvia amputaatiopotilaan hoidosta oppaaseen. Valokuvat otetaan niin, että ne kunnioittavat potilasta ja ovat asiallisia eikä niissä näy potilaan kasvoja tai tunnistetietoja. Ylimääräiset kuvat hävitetään asianmukaisesti.

Tarkoituksenamme olisi saada myös potilaan mielipide ja kehitysehdotuksia suullisesti oppaasta. Kehitysehdotukset saamme suullisesti ja potilaan nimeä tai tunnistettavia tietoja ei mainita lainkaan opinnäytetyössä.

Osallistuminen opinnäytetyöhön on Teille täysin vapaaehtoista, eikä kieltäytyminen osallistua vaikuta lainkaan hoitoon. Voitte suostumuksen antamisen jälkeenkin milloin vain perua suostumuksenne, jonka jälkeen kuvia tai suullisia mielipiteitänne ei käytetä lainkaan opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön tekijät:

Jaana Piironen, jaana.piironen@laurea.fi
ja Aksirun Nesa, aksirun.nesa@laurea.fi

Suostun osallistumaan oppaan arviointiin sekä valokuvaukseen. Osallistun opinnäytetyön arviointiin ja kuvattavaksi olemiseen vapaaehtoisesti. Olen saanut tietoa suullisesti ja kirjallisesti opinnäytetyö prosessiin osallistumisesta.

____/____2015

Allekirjoitus

Saatekirje osaston henkilökunnalle

Nimen selvennys

Hei,

Olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Tikkurilan Laureasta. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyön tekeminen joka on 15 opintopistettä. Teemme opinnäytetyön osastollenne, ja tarkoituksenamme on tuottaa alaraaja-amputoiduille potilaille sopeutumista helpottava opas.

Oppaan teemoja olemme sopineet alusta asti osastonhoitaja Pian kanssa yhteistyössä. Työssä käsitellään aluksi yleisesti amputaatiota ja syitä jotka johtavat amputaatioon. Sen jälkeen käsittelemme tyngän hoitoa, jossa on käsitelty haavanhoitoa, asentohoitoa, kivun ja aavesärynhoitoa. Yhtenä osa-alueena oppassa on proteesin hankintaprosessi. Lopuksi oppaaseen tulee lyhyesti tärkeimpiä sosiaalietuksia joita amputoinut potilas voi hakea.

Toiminnalliset opinnäytetyöt tehdään yhteistyössä osaston kanssa. Tarkoituksena on saada oppaaseen moniammatillisesti tukea, jolla varmistetaan oppaan sopiminen teidän osastollenne.

Tarkoituksenamme on kuvata oppaaseen alaraaja-amputoituja potilaita, jotka ovat antaneet suostumuksensa siihen. Kysymme myös potilaiden näkökulman oppaan ulkoasusta ja sisällöstä.

Olemme saaneet työllemme Vantaan kaupungun vanhus- ja vammaispalveluilta luvan ottaa kuvia potilaista sekä kysyä potilaiden näkökulmaa oppaasta.

Työtämme ohajaa koulun puolesta Lehtori Hellevi Pelto-Huikko

Lisätietoja työstä annamme mielellämme.

T. Jaana Piironen & Aksirun Nesa

jaana.piironen@laurea.fi

**Vantaa****Viranhaltijapäätös**

§ 17/2015

sivu 1 (2)

31.03.2015

VD/2651/13.00.00/2015

Sosiaali- ja terveystoimi / Vanhus- ja vammaispalvelut
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Aronkytö Timo**Tutkimuslupa/Sopeutumisopas alaraaja- amputoidulle/Piironen Jaana, Nesa Aksirun**

Toimialan TUTKE:n käsiteltäväksi toimitettu uusi tutkimussuunnitelma.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kirjallinen potilasopas sairaalan osastolle, alaraaja- amputoiduille potilaille. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa alaraaja- amputoidun potilaan ohjausta. Henkilökunta voi myös käyttää opasta suullisen ohjauksen tukena osastolla.

Opasta työstetään yhteistyössä osaston henkilökunnan kanssa. Myös potilailta pyydetään palautetta oppaasta. Tavoitteena on havainnollistaa opasta kuvilla. Tähän potilailta pyydetään lupa ja suostuminen kuvattavaksi on vapaaehtoisia.

Valokuvat lisäävät kirjallisen oppaan informatiivisuutta ja selkeyttä.

Sairaalapalvelujen ylihoitaja Maritta Korkiamäki puoltaa opinnäytetyön toteutusta tutkimussuunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyön yhteyshenkilönä toimii osastonhoitaja Pia Volmanen.

Tutkimusaineisto on suunniteltu kerättävän 1.12.2014–28.2.2015. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on 30.5.2015.

TUTKE esittää tutkimuksen hyväksymistä tulosaluejohtajalle. TUTKE katsoo, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat hyvää tutkimustapaa. Tutkija on sitoutunut siihen, ettei käytä saamiaan tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus ja tietosuojasäännöksiä, eikä luovuta kerättyjä tietoja muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty. Tutkija on sitoutunut myös eettisiin periaatteisiin. TUTKE pitää tutkimussuunnitelmaa eettisesti hyväksyttävänä.

TUTKE pitää tutkimussuunnitelmaa hyväksyttävänä ja antaa puoltavan lausunnon edellytyksin, että

1. valmiissa opinnäytetyössä ei käy ilmi yksittäisten työntekijöiden tai asiakkaiden henkilöllisyys tai missä aineisto on kerätty,
2. käytettävissä valokuvissa ei potilas ole tunnistettavissa,
3. ennen aineistonkeruun aloittamista, hakija toimittaa kirjaamoon opinnäytetyön sopimuksen kolmena kappaleena.

TUTKE edellyttää, että tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan Vantaan sosiaali- ja terveystoimen käyttöön sähköpostitse pdf-versiona kirjaamoon (kirjaamo@vantaa.fi) ja hallintosihteeri Anne Salmiselle (anne.salminen@vantaa.fi). Lisäksi tutkimuksen tulosten esittelystä sovitaan yhteyshenkilön kanssa tutkimuksen valmistuttua.

Päätös:

Päätän myöntää luvan tutkimuksen suorittamiseen esityksen mukaan siinä mainituin ehdoin.

Päiväys Vantaa 31.03.2015

Allekirjoitus

Nimen selvennys Aronkytö Timo

Virka-asema Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja

Tähtäntöönpano:
Sosiaali- ja terveislautakunta
Volmanen Pia
Örri Liisa



Vantaa

Viranhaltijapäätös

§ 17/2015

sivu 2 (2)

31.03.2015

VD/2651/13.00.00/2015

Sosiaali- ja terveystoimi / Vanhus- ja vammaispalvelut
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Aronkytö Timo

Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä

Aika: 15.4.2015 klo 8.15 – 16.00

Paikka: Vantaan kaupunki, Kirjaamo, Asematie 7, 01300 Vantaa (Tikkurila)

Oikaisuvaatimusohjeet

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään Vantaan sosiaali- ja terveyslautakunnalle, postiosoite: Vantaan kaupunki, Kirjaamo, Asematie 7, 01300 Vantaa, Tikkurila tai sähköpostitse osoitteella: kirjaamo@vantaa.fi

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, 7 päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on oikaisuvaatimuksen tekijän allekirjoitettava.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjältä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.

Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.

Sopeutumisopas alaraaja-amputoidulle potilaalle



Sisällys

Lukijalle	1
Alaraaja-amputaatio	2
Tyngän hoito.....	3
Haavanhoito	3
Tupakoinnin merkitys haavan paranemiseen.....	4
Asentohoito (KUVAT).....	4
Laskimotukoksen ehkäisy	6
Kivunhoito	6
Tyngän sidonta.....	7
Proteesi	10
Hankinta prosessi	11
Sosiaalietaudet.....	12
Matkakustannukset	12
Kuljetuspalvelut.....	13
Kelan vammaisetuudet	13
Terveystiedon huollon maksukatto.....	14
Sopeutuminen	15
Yhteystiedot.....	17

Lukijalle

Tämä opas on tarkoitettu alaraaja-amputaatiopotilaille. Oppaan tarkoituksena on auttaa teitä sopeutumaan uuteen elämäntilanteeseen.

Oppaassa kerrotaan aluksi lyhyesti alaraaja-amputaatiosta ja sen syistä. Lisäksi oppaasta löytyy tyngän hoito-ohjeita, tietoa proteesin hankinnasta. Kerromme myös erilaisista sosiaalityöistä sekä sopeutumisesta ja vertaistukitoiminnasta.

Toivomme oppaasta olevan Teille hyötyä ja toivotamme Teille hyvää paranemista ja kuntoutumista tästä eteenpäin.

Alaraaja-amputaatio

Amputaatiolla tarkoitetaan raajan tai muun ruumiinosan poistamista. Alaraaja-amputaation tavoitteena on, että jalan kuolio, tulehdus tai kasvain ei leviä terveeseen kudokseen. Tavoitteena on myös palauttaa henkilön terveydentila ja toimintakyky niin hyväksi kuin on mahdollista.

Pääasiassa alaraaja-amputaatioita tehdään diabeteksen aiheuttamien infektoituneiden haavojen ja verenkiertohäiriöiden vuoksi. Muita syitä ovat tapaturmat, kasvaimet, infektiot, synnynnäiset epämuodostumat sekä paleltuma- ja palovammat.

Suomessa amputaatioita tehdään vuodessa noin 1500, joista 90 % on alaraajan amputaatioita.

Tyngän hoito

Haavanhoito

Yleensä amputoitu tynkä suljetaan ompelein. Ompeleita pidetään tyngässä yksilöllisen tarpeen mukaan.

Turvotuksen vähentäminen edesauttaa tyn­gän paranemista, minkä vuoksi tyn­gän si­donta aloitetaan heti leikkauksen jälkeen.

Jos haava alueella esiintyy tulehduksen merkkejä, ottakaa asia puheeksi hoitajan kanssa.

Tulehtuneen haavan merkkejä ovat:

- Haava-alueen kuumotus ja punoitus
- Kipu ja arkuus
- Turvotus
- Märkäinen erityys
- Nouseva kuume

Haava täytyy tarkistaa päivittäin ja haava-sidoksia vaihdetaan säännöllisesti.

Tupakoinnin merkitys haavan paranemiseen

Tupakointi vaikeuttaa haavan paranemista. Tupakan myrkyt lamaavat haavan paranemiselle tärkeiden entsyymien toimintaa. On arvioitu, että tupakoitsijoiden leikkaushaavat tulehtuvat noin viisi kertaa useammin kuin ei-tupakoivien. Tupakoinnin lopettamiseen on monenlaisia keinoja ja hoitajalta saatte lisää tietoa tästä.

Asentohoito

Amputaation jälkeinen asentohoito ehkäisee tynkään syntyviä virheasentoja. Liikeharjoitusten ja asentohoidon tarkoituksena on säilyttää jäljelle jääneiden nivelten liikkuvuus mahdollisimman normaalina ja lisätä lihasvoimaa.

Amputoidun fysioterapia ja liikehoidot aloitetaan toiminta- tai fysioterapeutin ohjauksessa. Fysioterapeutti laatii jokaiselle ampu-

toidulle potilaalle yksilöllisen harjoitusohjelman.

Selinmakuuasento

Selällään ollessa lonkka ja polvinivelet pidetään suorina ja keskiasennossa. Tyynyä välitetään laittamasta tyngän alle, jotta vältetään lonkkaan virheasunnoilta. Ylävartaloa ei pidetä kohotettuna, jotta tyngän turvotus ei lisäännä.

Kylkimakuuasento

Kylkimakuulla ollessa tynkä tuetaan tyynyllä.

Vatsamakuuasento

Vatsamakuulla molemmat raajat asetellaan vierekkäin, lonkat alustalla ja polvet suorina.

Lonkkien koukistumisen ehkäisemiseksi, potilaan olisi hyvä maata vatsallaan 10–20 minuuttia kaksi kertaa vuorokaudessa.

Laskimotukoksen ehkäisy

Laskimotukoksella tarkoitetaan verihyytymän muodostumista laskimoon. Laskimotukos voi esiintyä kaikkien leikkausten jälkeen.

Ihon alle pistettävällä ”napapiikillä” eli pienimolekyylisellä hepariinilla ehkäistään laskimotukoksen ja keuhkoveritulpan syntymisen. Pistoshoitoa jatketaan leikkauksen jälkeen lääkärin ohjeistuksen mukaan.

Kivunhoito

Tehokkaan ja hyvän kivunhoidon perustana on kivun mittaaminen ja arvioiminen. Jos teillä esiintyy amputoidussa raajassa kipua tai aavetuntemuksia, kannattaa ne ottaa puheeksi hoitajan tai lääkärin kanssa.

Leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon on monia keinoja. Lääkehoito on tärkein ja eniten käytetty hoitomenetelmä kivunhoitoon.

Kivun tunteeseen voi myös vaikuttaa:

- Asento ja ympäristö

- Omien turvaverkostojen ja omaisten läsnäolo
- Mielimusiikin kuuntelu ja rentoutuminen

Tyngän alueella voi esiintyä aavesärkyä. Aavesärky tuntuu yleensä menetetyn raajan ääreisosissa. Aavesärkyä voi hoitaa lääkkeellisesti, mutta siihen on myös lääkkeitömiä keinoja.

Tarvittaessa osastolla voidaan käyttää hoidossa lisänä TNS-hoitoa (transkutaaninen hermostimulaatio), joka on iholle annettavaa simulaatiohoitoa. TNS-hoito on fysioterapeutin ohjaama kivunhoitomenetelmä, josta saattaa olla apua aavesärkyyn.

Tyngän sidonta

Tyngän sidonta aloitetaan heti leikkauksen jälkeen turvotuksen vähentämiseksi. Tyngää pidetään hieman koholla ja se sidotaan harsoiteella. Aluksi sitominen saa olla kevyempää, sidosta napakoitetaan paranemisen

edetessä. Tyngän sidonta helpottaa myös tyngän kipua.

Tyngän muotouttaminen aloitetaan, kun haava on umpeutunut. Muotouttamisella valmistellaan raajaa proteesin käyttöä varten ja sopeutetaan tynkää kestämään painetta.

Tyngän sidonta

1. Sidonta aloitetaan vyötäröstä.



2. Sidosta ohjataan lantion kohdalta si-
teen alta kohti nivusta.



3. Sidosta kierretään tyngän ympäri 3- 4
kierrosta.



4. Tästä sidosta jatketaan alaspäin tasaisesti kiertäen.

Sitomisen asemasta tai sen kanssa voidaan käyttää myös elastista tynkäsukkaa.

Proteesi

Alaraaja-amputaation jälkeen proteesilla pyritään korvaamaan menetetyn raajan toimintoja. Proteesit suunnitellaan ja valmistetaan yksilöllisesti tarpeiden ja mittojen mukaan.

Moniammatillisesti arvioidaan, hyötyykö potilas proteesista vai olisiko jokin muu apuväline potilaalle parempi vaihtoehto.

Proteesikävely vaatii potilaalta hyvää fyysistä kuntoa ja motivaatiota. Kävelyä tulee harjoitella itsenäisesti ja fysioterapeutin ohjauksessa.

Hankinta prosessi

Osastolla harjoitellaan kävelyä ja tyngän kuormitusta ilmalastaproteesin avustuksella ennen proteesin hankintaa.

Ensiproteesi tehdään, kun haava on parantunut ja tynkä kestää kuormituksen. Yleensä proteesi hankitaan noin 3-8 viikon päästä amputaatiosta.

Ensiproteesilla pääsee jalkeille sekä harjoittelemaan kävelyä ja tyngän kuormitusta. Fysioterapeutti ohjaa proteesin käytön harjoittelun ja proteesikävelyn.

Proteesi ja proteesin huollot ovat teille ilmaisia. Saatte tästä lisätietoja fysioterapeutilta tai osaston työntekijöiltä.

Sosiaalietuudet

Saatte lisää tietoja sosiaalietuuksista esimerkiksi sairaalan sosiaalihoitajilta ja lähimmästä Kelasta. Vammaispalvelulain mukaan teillä saattaa olla oikeus arkielämää helpottaviin kunnan järjestämiin palveluihin. Tähän osioon on koottu yleisimpiä etuuksia.

Matkakustannukset

Kela korvaa matkoja (yleensä lähimpään) julkiseen tai yksityiseen lääkäriin, sairaalaan terveyskeskukseen tai tutkimus- ja hoitolaitokseen muttei sairaalahoidon aikaisia kotilomamatkoja. Matkakustannusten omavastuu osuus on 16 € (v.2015) yhden suuntaista matkaa kohden. Omavastuiden kalenterivuoden matkakatto on 272 € (17 matkaa). Taksimatkasta voi saada korvauksen, jos olette saaneet terveydenhuollosta SV67 todistuksen matkakorvausta varten, tai muun vastaavan selvityksen.

Kuljetuspalvelut

Vantaan kaupungin kuljetuspalvelujen saamisen pääsääntöisenä edellytyksenä on pitempiaikainen haitta, joka aiheuttaa erityisiä vaikeuksia liikkumisessa ja kohtuutonta vaikeutta joukkoliikennettä käyttäessä.

Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu on tarkoitettu vaikeavammaiselle henkilölle työ- ja opiskelumatkoja varten sekä joka päiväseen elämään liittyvään kuljetustarpeeseen (18 yhden suuntaista matkaa/kk kotikunnan ja lähikuntien alueelle).

Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua myönnetään yli 65-vuotiaille kotipalvelun tukipalveluna, ja se on kohdistettu vähävaraisille vantaalaisille (bruttotuloraja 1820 €/kk ja varallisuusraja 20 000 €)

Kelan vammaisetuudet

Vammaisen henkilön itsenäistä selviytymistä ja elämänlaatua tuetaan vammaistuella.

Vammaistukeen on oikeutettu henkilö, jonka toimintakyky on heikentynyt vamman tai sai-

rauden vuoksi ainakin vuoden ajan. Tämän lisäksi sairauden tai vamman tulee aiheuttaa haittaa, avuntarvetta, palvelun-, ohjauksen- ja valvonnan tarvetta sekä erityiskustannuksia. Kela maksaa vammaistukea yli 16-vuotiaille sekä eläkeläisille eläkettä saavan hoitotukea.

Vammaistuki- ja eläkettä saavan hoitotukihakemukseen liitteeksi tarvitaan C-lausunto..

Terveyden huollon maksukatto

Terveydenhuollon maksukatto vuonna 2015 on 679,00 €. Maksukaton täyttymisen jälkeen lyhytaikaisen laitoshoidon hoitopäivämaksu on 17,60 €/vrk.

Muita etuuksia

- Sairauspäiväraha
- Kelan lääkekorvaukset ja lääkekatto

Sopeutuminen

Raaja-amputaatio ja proteesin käyttö eivät ole elämän esteitä. Teille on tarjolla sopeutumisvalmennusta, jonka tavoitteena on auttaa sopeutumaan muuttuneeseen elämäntilanteeseen.

Erilaisten kurssien muodossa pyritään edistämään toimintakykyä. Kelan tai terveydenhuollon rahoittamana erilaiset vammaisjärjestöt järjestävät sopeutumisvalmennuksia.

Vertaistukiryhmässä kävijät voivat jakaa omakohtaisia kokemuksiaan elämästä amputaation kanssa muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa. Vertaistuen kautta saatte omaan tilanteeseensa liittyvää tietoa ja käytännön vinkkejä, jotka auttavat teitä selviytymään paremmin arjessa.

Seuraavat tahot järjestävät amputoiduille vertaistukitoimintaa ja sieltä saatte lisää tietoa:

Suomen Nuoret Amputoidut ry

info@snary.org

www.snarydotorg.wordpress.com

Suomen Amputoidut ry

suomen.amputoidut.ry@gmail.com

www.amputoidut.fi

Invalidiliitto

vertaistuki@invalidiliitto.fi

www.invalidiliitto.fi

Lisäksi teillä on mahdollisuus saada keskusteluapua sairaalan ammattilaisilta esimerkiksi sairaalapastorilta.

Yhteystiedot

Jos teille tulee kysymyksiä, ottakaa yhteyttä Katriinan sairaalaan.

Katriinan sairaala
Katriinankuja 4, 01760 Vantaa
Kanslia os.4B
puh. 09 839 33286

Lisää tietoja saatte:

Kansaneläkelaitos (Kela)
www.kela.fi

Suomen Nuoret Amputoidut ry
www.snarydotorg.wordpress.com

Suomen Amputoidut ry
www.amputoidut.fi

Invalidiliitto
www.invalidiliitto.fi

Tämän oppaan Katriinan sairaalan käyttöön ovat laatineet Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoidon opiskelijat yhteistyössä sairaalan kanssa v. 2015.

Opiskelijat: Aksirun Nesa & Jaana Piironen

Oppaan kuvitus: Katriinan sairaalan yhteinen kuvakansio & Osasto 4B henkilökunta